

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'IMPACT DU DÉCÈS PAR SUICIDE D'UN PATIENT
CHEZ DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MELISSA HENRY, M.PS.

AVRIL 2006

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

(Q)uand ton regard pénètre longtemps au fond d'un abîme,
l'abîme, lui aussi, pénètre en toi.

Friedrich Wilhelm Nietzsche, *Par-delà le bien et le mal*, 1885-86

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Monsieur Marc-Simon Drouin, professeur à l'Université du Québec à Montréal, ainsi que Madame Monique Séguin, professeure à l'Université du Québec en Outaouais pour leur soutien académique et pour la richesse de leurs réflexions. Tous mes remerciements à Madame Margaret C. Kiely, professeure émérite à l'Université de Montréal, qui a su m'épauler et m'inspirer par sa profondeur, sa vivacité d'esprit et son enthousiasme; à Monsieur Jean Bégin, professeur à l'Université du Québec à Montréal, guide inestimable lors des analyses statistiques; à Monsieur Brian Greenfield et Monsieur Stephen Hendler pour leur soutien, encouragements et perspicacité; au Groupe McGill d'études sur le suicide et au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie pour leur riche encadrement professionnel. Merci aux participants et aux collaborateurs de la recherche, soit : Madame Rose-Marie Charest et Madame Annie-Michèle Carrière, de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), Monsieur Brian Bexton et Monsieur Normand Beaudet, de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), Madame Nicole Ricard et Monsieur Jacques Tremblay, de l'Association québécoise des infirmiers(ères) en psychiatrie et en santé mentale (AQIIP). Par leur temps et leurs efforts, ils ont rendu cette recherche possible. Enfin, mes remerciements aux membres du jury de thèse pour leurs commentaires sur le manuscrit final et pour leur attitude bienveillante : Madame Véronique Lussier, Monsieur Michel Tousignant, Monsieur Gustavo Turecki et Madame Nancy Bouchard. Cette étude a été appuyée financièrement par deux bourses doctorales, de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail (IRSST) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) – Réseau santé mentale – Axe suicide.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS PRINCIPAUX	5
CHAPITRE I	
PREMIER ARTICLE : RECENSION DES ÉCRITS.....	7
1.1 Introduction.....	7
1.2 Occurrence du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale	7
1.2.1 Les facteurs de risque influençant l'occurrence du décès par suicide d'un patient selon le type de profession	8
1.3 Impact personnel et professionnel du décès par suicide d'un patient	9
1.3.1 La nature, l'intensité et la durée des réactions	10
1.3.2 Les variables des patients influençant l'intensité des réactions des professionnels ...	12
1.3.3 Les variables des professionnels influençant l'intensité de leurs réactions.....	13
1.3.4 L'impact professionnel du décès par suicide d'un patient chez les intervenants	16
1.4 Lacunes des recherches empiriques actuelles	19
1.5 Ouverture à la recherche et implications cliniques	21
CHAPITRE II	
DEUXIÈME ARTICLE : RÉSULTATS DE RECHERCHE	43
2.1 Introduction.....	43
2.1.1 Contexte théorique.....	43
2.1.2 Lacunes de la littérature empirique.....	44
2.1.3 Visée de la recherche	44
2.2 Méthodologie	45
2.2.1 Recrutement	45

2.2.2 Instruments de mesure.....	46
2.3 Résultats.....	48
2.3.1 Participants.....	48
2.3.2 Résultats préliminaires : influence du type de profession, du temps et du type de passation	49
2.3.3 Le type de réactions : résultats aux échelles	49
2.3.4 Les répercussions sur les pratiques professionnelles	50
2.3.5 Les sources de soutien utilisées et leur valeur.....	51
2.3.6 Questions ouvertes à court développement.....	51
2.4 Discussion générale	53
 CHAPITRE III	
DISCUSSION SYNTHÈSE.....	63
3.1 Introduction.....	63
3.2 La phase initiale d'exacerbation des réactions de stress	65
3.2.1 Des réactions de stress adaptées au contexte du décès par suicide d'un patient.....	65
3.2.2 L'expérience auprès de personnes suicidaires dans la pratique clinique	66
3.2.3 Le narcissisme du professionnel	67
3.2.4 L'idéal thérapeutique	68
3.2.5 Le développement professionnel	69
3.2.6 La révision d'un idéal professionnel.....	71
3.3 Les lacunes entourant la formation sur la problématique du suicide	72
3.4 Implications cliniques	73
3.5 Limites de l'étude	74
3.6 Perspectives futures	75
3.6.1 Répercussions sur le développement professionnel	76
3.6.2 Conséquences sur les pratiques professionnelles	76
3.6.3 Réactions de détresse élevée	77
3.7 Conclusion	79
RÉFÉRENCES	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1	Tableau synthèse des recherches empiriques..... 24
2.1	Variables associées aux patients, au traitement, aux événements survenus suite au décès par suicide du patient et à la formation sur la problématique du suicide 59
2.2	Soutien reçu par les interactions et activités 60

RÉSUMÉ

La littérature souligne que les professionnels réagissent vivement au décès par suicide d'un patient (Kleespies, Penk et Forsyth, 1993) et présentent des réactions semblables à celles retrouvées dans l'entourage de la personne décédée (Grad, Zavasnik et Groleger, 1997; McAdams et Foster, 2000; Meade, 1999; Pieters, De Gucht, Joos et De Heyn, 2003; Weiner, 2005). Selon plusieurs auteurs, ce type d'événement peut mener à une crise à la fois personnelle et professionnelle (Horn, 1994; Litman, 1964; Menninger, 1991). Certains vont même dire que le décès par suicide d'un patient constitue un risque occupationnel important (Chemtob *et al.*, 1989).

Cette étude exploratoire vise à mieux comprendre les répercussions du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. La recherche a été effectuée auprès de 125 professionnels en santé mentale ayant vécu le décès par suicide d'un patient lors de leur pratique au Québec. Les résultats indiquent que même si le décès par suicide d'un patient représente un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale, ceux-ci s'y adaptent relativement bien et utilisent plusieurs sources de soutien dans leur processus d'adaptation. Les réactions des professionnels ne doivent pas être confondues avec des réactions de deuil. Il est important de conceptualiser l'impact du suicide d'un patient chez les professionnels en tenant compte des caractéristiques particulières de cette population et du lien qui les unit à leurs patients. Les professionnels réagissent davantage par des réactions de stress dans le premier mois. Ces réactions de stress sont habituelles et peuvent être considérées comme normales étant donné l'événement. Nonobstant, plusieurs professionnels vivront une réaction de stress aiguë, ce qui les rendra par la suite plus enclins à modifier leurs pratiques professionnelles.

Le décès par suicide d'un patient provoque plusieurs changements dans la pratique clinique ultérieure des professionnels. Par exemple, ils peuvent être plus sensibles aux indices du risque de suicide, se sentir plus anxieux lorsqu'ils entrent en contact avec une personne suicidaire ou à risque de suicide, prendre des précautions accrues dans le traitement des patients suicidaires, hospitaliser les patients plus rapidement, se sentir responsable du décès et remettre en question l'efficacité de leurs outils thérapeutiques. Ces répercussions professionnelles peuvent avoir des impacts importants sur les autres patients en consultation.

L'ouvrage regroupe une courte introduction, un premier article constituant une recension des écrits sur le thème à l'étude, un deuxième article portant sur les résultats de la thèse et une discussion synthèse dont l'objectif est d'enrichir la réflexion entourant les résultats. Les deux articles de cette thèse ont été publiés dans la *Revue québécoise de psychologie*. De façon plus spécifique, la discussion synthèse tente d'élaborer des hypothèses pour expliquer la phase initiale de stress aigu constatée chez plusieurs professionnels et des lacunes entourant la formation quant à la problématique du suicide. Le document suggère finalement des

avenues potentielles de recherche et présente quelques implications cliniques des résultats sur la pratique des professionnels.

Mots clés : suicide d'un patient, impact, professionnels en santé mentale.

INTRODUCTION

Entre 1999 et 2001, le taux de suicide était de 19 par 100 000 habitants au Québec, ce qui signifie plus précisément qu'en 2001, 1334 personnes se sont enlevé la vie (Saint-Laurent et Bouchard, 2004). Selon les résultats se basant sur le processus d'autopsie psychologique, un diagnostic psychiatrique aurait été présent dans 90 % des cas de décès par suicide dans la population générale (Mościcki, 1999). Les personnes affectées d'un trouble mental grave ont 12 à 19 fois plus de risque de décéder par suicide (Harris et Barraclough, 1997; Tanney, 2000). Les plus à risque sont celles qui souffrent de désordre de l'humeur (prévalence à vie de 15 %), de désordre de panique (7-15 %), de schizophrénie (10 %), de trouble de personnalité limite (7 %), et d'alcoolisme (3 %) (Gutheil, 1999). Plusieurs des personnes décédées par suicide auraient été en contact avec un professionnel de la santé mentale dans les semaines ou mois précédant leur décès. Lesage *et al.* (1994), dans une étude rétrospective sur 75 hommes suicidés au Québec, ont retrouvé que 51 % d'entre eux ont été en contact avec un médecin généraliste dans l'année précédant leur suicide, 25 % avec un psychiatre et 21 % avec un psychologue.

Les professionnels en santé mentale courent donc le risque de vivre le décès par suicide d'un patient durant leur carrière, surtout ceux qui travaillent en milieu psychiatrique, de par les facteurs de risque inhérents à la clientèle qui les consulte. La littérature empirique nous indique que 22 % à 39 % des psychologues (Chemtob *et al.*, 1989; Trimble, Jackson et Harvey, 2000), 51 % à 82 % des psychiatres (Chemtob *et al.*, 1989; Cryan, Kelly et McCaffrey, 1995), 5 % à 17 % des internes en psychologie (Dexter-Mazza et Freeman, 2003; Kleespies *et al.*, 1990) et 25% à 69 % des résidents en psychiatrie (Brown, 1987b; Pieters *et al.*, 2003) ont rapporté avoir vécu cet événement dans l'exercice de leur profession.

Le premier réflexe dans l'étude de l'impact du suicide chez l'entourage est de s'attarder aux réactions des membres de la famille. Cette tendance contribue probablement à la rareté des écrits sur l'impact d'un tel décès chez le personnel soignant, impact qui semble relégué à l'oubli. Étant donné la fréquence élevée du suicide de patients, il nous semblait pourtant

important d'en analyser l'impact chez les professionnels en santé mentale. La majorité des écrits portant sur cet impact sont de nature descriptive (Eagles, Klein, Gray, Dewar et Alexander, 2001; Godfroid, 2001; Kleespies et Dettmer, 2000; Vedrinne, Sorel et Weber, 2000) ou rédigés sous forme d'études de cas (Gitlin, 1999; Meade, 1999; Spiegelman, 2001; Weiner, 2005). Un total de 33 recherches existe sur le sujet, dont aucune n'a été menée en contexte québécois. La structure particulière des services de soins, le contexte de formation universitaire et l'exposition singulièrement élevée de la population québécoise au suicide constituent des variables pouvant influencer les professionnels quant à leurs réactions à la suite du décès par suicide d'un patient. Il est donc important de mener des études sur ce thème au Québec, étant donné l'ampleur du problème du suicide dans cette province et le peu de recherches effectuées sur l'impact de cet événement chez les professionnels en santé mentale.

Le décès par suicide touche parfois ces professionnels de façon vive. La recension des écrits nous indique que le décès par suicide d'un patient est un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale, tant au plan personnel que professionnel. Ce type de décès est considéré dans les écrits scientifiques comme étant tragique et induisant plusieurs réactions chez le personnel soignant. Il a même été qualifié à multiples reprises de risque occupationnel important pour les professionnels (Chemtob *et al.*, 1989), en raison des répercussions de l'événement sur leur pratique clinique ultérieure (Alexander *et al.*, 2000; Dewar *et al.*, 2000; Hendin *et al.*, 2000; Howard, 2000). Les écrits mentionnent de vives réactions chez les professionnels à la suite du suicide et les comparent à celles retrouvées chez les endeuillés (Grad *et al.*, 1997; Kleespies *et al.*, 1990, 1993; Meade, 1999; Pieters *et al.*, 2003; Weiner, 2005). Plusieurs auteurs soulignent aussi l'émergence d'une crise personnelle et professionnelle à la suite de l'événement (Horn, 1994; Litman, 1964; Menninger, 1991). Certains suggèrent même que les professionnels puissent être particulièrement à risque de suicide dans les moments suivant le décès de leur patient (Carter, 1971; Litman, 1964; Sacks, Kibel, Cohen, Keats et Turnquist, 1987).

Les écrits scientifiques dressent un portrait sombre des répercussions du décès par suicide d'un patient chez les professionnels traitant. Les auteurs seraient généralement d'accord avec Camus (1942) dans *Le mythe de Sisyphe* à l'effet que le décès par suicide provoque un tremblement de terre dans l'entourage de la personne décédée. Toutefois, peut-on réellement en considérer les conséquences comme étant équivalentes pour tous? Il semble régner dans les écrits une confusion conceptuelle quant aux types de réactions retrouvées chez les professionnels à la suite du suicide d'un patient. La définition des construits mesurés demeure floue, les auteurs ne délimitant pas de façon systématique les divers scénarios de répercussions possibles. Par exemple, le construit du deuil semble être utilisé de façon très souple et appliqué à des résultats qui découlent plutôt de mesures du stress post-traumatique. Certains auteurs parlent de réactions de deuil alors que celles-ci n'ont jamais été mesurées de façon précise. Ces glissements donnent lieu à une ambiguïté qu'il est nécessaire d'éliminer pour mieux identifier la variété des réactions possibles à la suite du décès par suicide d'un patient. Cette compréhension sert de pierre angulaire pour guider les interventions à mettre en branle après un tel événement.

Malgré le drame que représente la perte d'un patient par suicide, nous questionnons la tendance à identifier les professionnels comme étant des *endeuillés*. Le deuil implique des manifestations spécifiques et l'application de ce terme de façon généralisée à l'ensemble des professionnels affectés par le suicide d'un patient nous semble comporter le risque de biaiser notre compréhension du caractère unique de leurs réactions. Les professionnels réagissent-ils vraiment au décès par suicide de leurs patients de la même façon que s'ils vivaient le suicide d'un membre de leur entourage? Ou au contraire, l'investissement d'un clinicien envers son patient renvoie-t-il généralement à une *relation de travail* plutôt qu'à une relation personnelle? Cette relation toute particulière qui s'installe entre un thérapeute et son patient doit sûrement avoir un impact important sur la nature des réactions à la suite du suicide. Une confusion théorique semble donc s'être installée et faire abstraction du cadre de travail qui unit le thérapeute à ses patients.

À la suite du décès, de multiples demandes peuvent être faites aux thérapeutes pour qu'ils gèrent des incidents critiques liés à l'événement. Ils risquent alors de se sentir isolés et forcés de mettre de côté leurs réactions intimes pour s'attarder à l'impact du suicide sur les autres patients, la famille du patient décédé et les membres de l'équipe soignante. Le cadre de travail dans lequel se retrouvent les thérapeutes peut en pousser certains à exprimer avec vigueur la nécessité pour eux de conquérir un espace personnel de répit, afin de composer avec leurs réactions subjectives et personnelles à la suite de l'événement.

Outre la confusion quant aux types de réactions provoquées par le suicide d'un patient chez les professionnels et l'absence de recherches sur le thème au Québec, les études existantes présentent un certain nombre de limites méthodologiques. D'abord, aucune étude n'a utilisé de mesure des réactions de deuil. Puis, les travaux présentent peu de modèles conceptuels pour expliquer l'intensité des réactions constatées chez les thérapeutes affectés par le suicide d'un patient. Ensuite, aucune étude systématique des variables sociales associées à l'intensité des réactions n'a été réalisée. De plus, la consigne habituellement utilisée consiste à demander de répondre au questionnaire en fonction du décès ayant eu le plus d'impact, ce qui amplifie artificiellement les réactions obtenues. Finalement, les travaux sont restreints à l'étude des réactions des psychologues et des psychiatres au détriment de celles d'autres professionnels en santé mentale.

OBJECTIFS PRINCIPAUX

Il nous semble primordial d'éliminer la confusion conceptuelle retrouvée dans la littérature quant à la nature des réactions des professionnels à la suite du suicide d'un patient. Il est également important de mettre à l'épreuve notre réticence initiale à employer la notion de deuil pour expliquer l'impact du suicide d'un patient sur le thérapeute. Cette recherche vise à isoler de façon précise les réactions de stress, de stress aigu et de deuil, ainsi que les répercussions du décès sur les pratiques cliniques ultérieures des thérapeutes. Nous désirons également cerner de façon systématique les sources de soutien susceptibles d'aider à composer avec le décès.

Étant donné le peu de littérature empirique sur le thème à l'étude et l'ambiguïté quant aux types de réactions retrouvées chez les professionnels, la présente recherche se veut de nature exploratoire. Elle ne vise pas l'étude approfondie de cas cliniques, mais constitue plutôt un travail de surface visant à départager et à clarifier les impacts personnels et professionnels du décès par suicide d'un patient. Compte tenu du caractère exploratoire de notre étude et de ses objectifs principaux, nous privilégions la méthodologie par questionnaire. Cette méthode permet d'interroger un grand nombre de professionnels, ce qui est nécessaire pour peindre un portrait relativement fidèle et valide des réactions. La consigne pour répondre au questionnaire est de se référer au dernier décès par suicide vécu dans la carrière et ce, afin de limiter les biais dus au rappel mnésique et de produire un tableau d'ensemble valide des répercussions typiquement retrouvées. Il s'agit aussi de mesurer systématiquement les variables contextuelles associées au décès pour raconter l'événement.

Nous avons choisi d'étudier l'impact du décès par suicide d'un patient chez trois types de professionnels, car nous postulons que le type de lien établi avec le patient était qualitativement différent chez les psychologues, psychiatres et infirmiers(ères) en psychiatrie. L'implication auprès du patient pouvait constituer un facteur influençant la réaction du professionnel au suicide. Par exemple, la restriction du rôle de certains psychiatres à la prescription de médicaments, les contacts étroits et fréquents des infirmiers(ères) avec leurs

patients et le travail isolé en bureau privé chez certains psychologues peuvent avoir un impact sur les résultats. En prenant en considération ces différences dans la pratique des professionnels, nous voulions permettre une meilleure généralisation des résultats à l'ensemble des intervenants en santé mentale, tout en ouvrant une avenue pour comparer les réactions des divers types de professionnels.

Le premier article consiste en une recension des écrits. Il identifie certains facteurs de risque influençant l'occurrence du décès par suicide d'un patient, explore la nature, l'intensité et la durée des réactions et isole des variables associées à cette intensité. Les variables explorées dans cette revue de littérature se regroupent en deux catégories : les variables des patients et celles des thérapeutes (variables démographiques, psychosociales et relationnelles). L'article conclut en exposant les limites des études antérieures et en suggérant des avenues potentielles de recherche et des implications dans la pratique clinique. Un tableau synthèse des recherches empiriques complète et actualise la revue de littérature (voir tabl. 1.1, p. 24). De cette recension des écrits découle le deuxième article, portant sur la méthodologie et les résultats de la présente thèse doctorale. Enfin, une discussion synthèse clôture le tout et vise à approfondir la réflexion sur les résultats. De façon plus spécifique, elle tente d'éclairer notre compréhension des réactions des professionnels en santé mentale à la suite du suicide d'un patient. Comme peu de recherches existent sur la personne du thérapeute (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004; Orlinsky et Rønnestad, 2005), nous avons mis en lumière certaines dynamiques en puisant dans la littérature psychanalytique sur la théorie des relations d'objet de Klein (1968) et de Winnicott (1975), ainsi que dans les écrits sur le développement professionnel, sur le narcissisme du thérapeute et sur l'idéal thérapeutique. Des recherches qualitatives devront être poursuivies dans le futur en tenant compte de tels construits.

CHAPITRE I

PREMIER ARTICLE¹ : RECENSION DES ÉCRITS

Le suicide constitue un problème social courant et se range parmi les principales causes de décès au Canada (Statistique Canada, 2002b). En 1996, le taux de suicide était de 13 par 100 000 habitants au Canada et de 19,6 pour le Québec. Ainsi, 3862 personnes se sont suicidées au Canada en 1996, dont 1423 personnes au Québec (Statistique Canada, 2002a). Plusieurs de ces personnes auront été en traitement ou auront consulté un professionnel de la santé mentale dans les jours ou les semaines précédant leur suicide. Le décès par suicide d'un patient représente donc un risque réel dans la pratique professionnelle des thérapeutes.

L'objectif de cet article consiste à mieux comprendre les réactions des professionnels en santé mentale qui vivront le décès d'un patient par suicide. Dans un premier temps, l'occurrence du décès par suicide d'un patient est abordée. Ensuite, l'impact personnel et professionnel d'un tel événement chez les intervenants en santé mentale est décrit, et ce, se basant sur l'ensemble des résultats empiriques sur le sujet. Enfin, les lacunes des recherches empiriques actuelles, des avenues potentielles de recherche et quelques implications cliniques en regard de la pratique des psychologues au Québec sont présentées.

1.2 Occurrence du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale

Environ 39% des psychothérapeutes en général ont mentionné avoir vécu l'expérience du décès par suicide d'un patient (Lapp, 1986; Menninger, 1991). Certaines études ont évalué la proportion d'intervenants ayant vécu le décès par suicide d'un patient en fonction de leur type de profession : c'est ainsi que 11 % à 17 % des internes en psychologie (Kleespies, Penk

¹ Henry, M., Séguin, M. et Drouin, M.-S. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 227-242.

et Forsyth, 1993; Kleespies, Smith et Becker, 1990), 25 % des résidents en psychiatrie (Brown, 1987b), 22 % à 39 % des psychologues (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski et Muraoka, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988b; Goodman, 1995; Horn, 1995; Howard, 2000; Trimble, Jackson et Harvey, 2000) et 51 % à 82 % des psychiatres (Alexander, Klein, Gray, Dewar et Eagles, 2000; Chemtob *et al.*, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988a; Cryan, Kelly et McCaffrey, 1995; Grad, Zavasnik et Groleger, 1997; Lapp, 1986) ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un de leurs patients au cours de leur carrière professionnelle.

1.2.1 Les facteurs de risque influençant l'occurrence du décès par suicide d'un patient selon le type de profession

La présence d'un trouble mental grave augmente de 12 à 19 fois le risque de décès par suicide (Harris et Barraclough, 1997; Tanney, 2000). Ainsi, les patients ayant reçu un diagnostic de désordre affectif, schizophrénie ou abus de substance présentent plus de risque de décès par suicide (Tanney, 2000), ce qui peut expliquer que les psychiatres sont plus susceptibles de vivre la perte d'un patient par suicide. Ce taux s'avère inférieur chez les psychologues et certains facteurs peuvent être évoqués pour expliquer cette différence : le type de problèmes traités (désordres d'anxiété, désordres d'ajustement, troubles de la personnalité), ainsi que la nature des activités entreprises, c'est-à-dire le fait d'avoir des contacts directs ou indirects avec la clientèle (Chemtob *et al.*, 1989). Toutefois, le risque de décès par suicide d'un patient est plus élevé chez les psychologues travaillant dans le secteur de la psychiatrie que chez ceux pratiquant en clinique privée, en raison de la nature et de la sévérité des syndromes que peuvent présenter la clientèle de ces centres (Horn, 1995).

Les psychologues de sexe masculin vivent davantage le décès par suicide d'un patient (42 %) que ceux de sexe féminin (26 %) (Goodman, 1995; Horn, 1995). Le ratio différentiel du sexe des intervenants dans les divers milieux de travail pourrait expliquer ces derniers résultats. Il semble qu'une plus forte concentration d'hommes pratiquent en milieu

psychiatrique, tandis que les femmes se retrouvent plutôt dans des milieux non psychiatriques (Goodman, 1995; Horn, 1995). Le type de profession et le milieu de travail semblent donc prépondérants afin d'expliquer la fréquence du décès par suicide d'un patient.

1.3 Impact personnel et professionnel du décès par suicide d'un patient

La majorité des écrits récents portant sur les réactions des thérapeutes suite au décès par suicide d'un patient s'avèrent de nature descriptive (Eagles, Klein, Gray, Dewar et Alexander, 2001; Godfroid, 2001; Grad, 1996; Kleespies et Dettmer, 2000; Kleespies, Niles, Mori et Deleppo, 1998; Midence, Gregory et Stanley, 1996; Tanney, 1995; Vedrinne, Sorel et Weber, 2000). Plusieurs articles se présentent sous forme d'études de cas (Berman, 1995; Fox et Cooper, 1998; Gitlin, 1999; Meade, 1999; Michel, Armson, Fleming, Rosenbauer et Takahashi, 1997; Spiegelman, 2001) et certains sous forme de recensions des écrits (Horn, 1994; Valente, 1994). De plus, quelques textes abordent l'intervention de soutien offerte aux professionnels suite au décès par suicide d'un patient (Bultema, 1994; Cooper, 1995; Little, 1992) et d'autres textes portent sur l'aspect législatif relié à un tel événement (Gutheil, 1999).

Au niveau empirique, les recherches menées sur la fréquence et l'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels sont peu nombreuses. Une recension exhaustive des études révèle un total de 26 recherches empiriques sur le sujet, dont la majorité se sont déroulées en contexte américain (21 recherches aux États-Unis, contre deux en Irlande, une en Angleterre, une en Australie et une en Écosse). Les études repérées ont été identifiées lors d'une recherche automatisée dans les banques de données suivantes : CINAHL, Current contents, Dissertation abstracts, ERIC, FRANCIS, MEDLINE, PsycINFO et Uncover; et ce, pour les vingt dernières années. Les mots-clés utilisés lors de cette recherche sont : suicide, patient, client, thérapeute, clinicien, psychothérapeute, psychothérapie, thérapie, professionnel, professionnel en santé mentale, personnel en santé mentale, personnel médical, médecin, psychiatre, psychologue, psychanalyste, travailleur social et infirmière.

Environ la moitié des recherches recensées optent pour un devis de recherche qualitatif (Brown, 1987a; Cotton, Drake, Whitaker et Potter, 1983; Egerton, 1988; Goldstein et Buongiorno, 1984; Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas et Wynecoop, 2000; Henn, 1978; Holden, 1978; Kahne, 1968; Kayton et Freed, 1967; Schnur et Levin, 1985); tandis que l'autre moitié adopte un devis de recherche corrélationnel (Alexander *et al.*, 2000; Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b, 1989; Cryan *et al.*, 1995; Dewar, Eagles, Klein, Gray et Alexander, 2000; Goodman, 1995; Grad *et al.*, 1997; Horn, 1995; Howard, 2000; Kleespies *et al.*, 1990, 1993; Lapp, 1986; McAdams et Foster, 2000; Menninger, 1991; Trimble *et al.*, 2000).

De façon générale, les auteurs s'entendent à l'effet que la perte par suicide d'un patient constitue un événement significatif affectant tous les thérapeutes. Toutefois, Horn (1994) rappelle que des différences individuelles peuvent exister dans la réponse à un tel événement et que ces différences seront modulées en fonction de variables prédictives, qui seront présentées plus loin dans la recension des écrits. Cette recension se concentrera sur les résultats émanant des 16 études empiriques à devis corrélationnel et de sept recherches à devis qualitatif (Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Egerton, 1988; Goldstein et Buongiorno, 1984; Hendin *et al.*, 2000; Holden, 1978; Schnur et Levin, 1985), qui ont été sélectionnés sur la base de l'atteinte des standards méthodologiques suivants : taux de participation élevé et description adéquate de l'échantillon, questionnaires à qualités psychométriques solides et méthodes d'analyses qualitatives crédibles, description détaillée du processus et des procédures de la recherche. Trois études ont été écartées (Henn, 1978; Kahne, 1968; Kayton et Freed, 1967) car présentant des lacunes méthodologiques importantes, parmi lesquelles nous retrouvons : l'absence de méthodes d'analyses qualitatives valides ainsi qu'un échantillon de convenance restreint limitant la validité externe des résultats.

1.3.1 La nature, l'intensité et la durée des réactions

Une variété étendue de réactions émotives a été observée chez les thérapeutes suite au décès par suicide d'un patient : choc, culpabilité, colère, trahison, anxiété, honte, tristesse,

impuissance, sentiment d'échec et d'incompétence (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b; Egerton, 1988; Goldstein et Buongiorno, 1984; Goodman, 1995; Grad *et al.*, 1997; Hendin *et al.*, 2000; Kleespies *et al.*, 1990). Les symptômes les plus fréquemment rapportés par les psychologues sont l'insomnie (30 %) et l'isolement social (16 %), alors que le symptôme le moins fréquent est la propension aux accidents (deux pourcent) (Goodman, 1995). À cet effet, certains auteurs ont même signalé la présence d'idéations suicidaires chez des professionnels suite au décès par suicide de leur patient (Carter, 1971; Litman, 1964; Sacks, Kibel, Cohen, Keats et Turnquist, 1987). Cependant, des études empiriques avec groupe contrôle seraient nécessaires pour déterminer si les professionnels sont *réellement* plus à risque de développer des idées suicidaires suivant le décès par suicide d'un patient ou si les idées suicidaires reflètent plutôt une vulnérabilité personnelle préalable.

Plusieurs font référence au modèle de Resnik (1969), nommé *psychological resynthesis*, afin d'expliquer le deuil que peuvent vivre les professionnels (Foster et McAdams, 1999; Kleespies, 1993; Ruben, 1990). Ce modèle situe trois phases qui devront être effectuées dans le travail de résolution du deuil : (1) la ressuscitation psychologique (choc initial, dans les premières semaines); (2) la réhabilitation psychologique (travail du deuil, jusqu'à deux mois); et (3) le renouvellement psychologique (réinvestissement dans les relations, de six mois à un an). Ce modèle conceptuel décrit une constellation de réponses communes des thérapeutes en regard au décès par suicide d'un patient, qui suivent un processus semblable à celui retrouvé chez les endeuillés par suicide en général (Meade, 1999; Sanders, 1984; Séguin et Huon, 1999). Malgré l'utilisation fréquente du modèle théorique de Resnik pour expliquer le processus de réactions suivant la perte d'un patient par suicide, celui-ci n'a jamais été validé par l'entremise d'une étude longitudinale auprès de professionnels en santé mentale.

Certaines recherches empiriques ont révélé un impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes. Des études ont observé que 49 % à 57 % des psychologues et psychiatres respectivement présentaient des symptômes de stress aigus comparables à ceux d'une population clinique, tels que mesurés rétrospectivement par le *Impact of Event Scale (IES)* lors des deux semaines suivant le décès

par suicide de leur patient (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b). Chemtob *et al.* (1988a, 1988b) ont suggéré que cette intensité émotionnelle initiale est comparable à celle d'un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent par mort naturelle. Malgré les similitudes initiales retrouvées entre les professionnels et les proches endeuillés à l'aide d'une méthodologie par questionnaire, il semble que des études qualitatives pourraient nous offrir un portrait plus complexe et raffiné d'éventuelles différences observées.

Selon Goodman (1995), l'intensité des réactions initiales est comparable à celle observée chez les proches, mais les réactions de deuil des thérapeutes semblent s'atténuer plus rapidement. Goodman, interrogeant des psychologues, observe que 84 % de ceux-ci considéraient leur deuil résolu, comparativement à 15 % qui considéraient leur deuil comme étant non résolu au moment de l'étude. Quarante-huit pourcent des psychologues ont rapporté que leurs réactions ont persisté au moins pendant quatre mois, 27 % pendant un an ou plus et 18 % pendant plus de trois ans. Pour leur part, McAdams et Foster (2000) retrouvent une plus longue persistance des réactions de stress aigu chez les thérapeutes, et ce, en utilisant un instrument de mesure standardisé. Ils ont observé que l'intensité élevée de réactions mesurée à l'aide de l'*IES* s'est maintenue dans le temps, même deux ans après le décès par suicide du patient. Les résultats issus de ces deux recherches sont limités en raison de leur nature rétrospective. Des études longitudinales seraient nécessaires pour être en mesure de tirer des conclusions claires sur la persistance des réactions. Néanmoins, l'intensité des réponses semble différer en fonction des caractéristiques personnelles de certains professionnels et de certaines caractéristiques de leurs patients décédés par suicide.

1.3.2 Les variables des patients influençant l'intensité des réactions des professionnels

Certaines recherches ont observé une relation directe entre l'intensité des réactions initiales telle que mesurée par l'*IES* et la sévérité du comportement suicidaire du patient. Ainsi, les psychologues et internes en psychologie ayant vécu le suicide d'un patient ont démontré des réactions plus intenses à cet événement que ceux ayant vécu la tentative de

suicide ou l'idéation suicidaire d'un patient (Goodman, 1995; Horn, 1995; Kleespies *et al.*, 1993).

Outre la sévérité du comportement suicidaire, il semble que d'autres caractéristiques du patient auraient une influence sur les réactions de pertes des professionnels. C'est ainsi que les thérapeutes endeuillés rapportent davantage d'affects dépressifs si le patient était de sexe féminin, alors qu'aucune association n'a été établie entre l'intensité de leurs réactions initiales à l'IES et l'âge du patient au moment du décès (Goodman, 1995). De plus, les thérapeutes ayant traité des patients souffrant préalablement d'abus de substance rapportent une intensité initiale de réactions plus faible comparativement aux thérapeutes qui traitaient des patients souffrant d'autres troubles mentaux (Chemtob *et al.*, 1989). Il se peut que certaines caractéristiques des patients puissent influencer la qualité de la relation thérapeutique préalablement établie avec le professionnel, laquelle en retour pourrait jouer un rôle de médiateur quant à l'intensité des réactions suite au suicide.

1.3.3 Les variables des professionnels influençant l'intensité de leurs réactions

Les variables démographiques

Aucune différence n'a été rapportée entre l'intensité des réactions initiales de psychiatres et de psychologues lors de leur comparaison sur des mesures affectives (*Affect Intensity Measure-AIM* et *IES*) (Chemtob *et al.*, 1989; Grad *et al.*, 1997). Tous semblent donc être affectés avec la même intensité, peu importe leur domaine de pratique professionnelle.

La littérature nous indique que l'adaptation à un événement traumatique, tel que la perte par suicide, peut-être influencée par le sexe de la personne y faisant face (Hanus, 2003; Parkes, 1986; Rando, 1984; Séguin et Fréchette, 1999). En ce qui concerne le sexe des professionnels, il semble que les thérapeutes de sexe féminin réagissent plus fortement comparativement à ceux de sexe masculin (Lapp, 1986), les femmes manifestant davantage

de culpabilité (87 %) et de honte (31 %) que les hommes (50 % et zéro pourcent respectivement) (Grad *et al.*, 1997). De plus, les femmes remettent en doute plus facilement leurs compétences et ont besoin davantage de consolation et de réconfort, alors que plus d'hommes réagissent en vaquant à leurs activités occupationnelles habituelles (50 % des femmes comparativement à 75 % des hommes) (Grad *et al.*, 1997). Ces deux recherches utilisent des questionnaires construits par les auteurs afin de mesurer l'intensité des réactions suite au décès par suicide d'un patient, alors que McAdams et Foster (2000), en utilisant une mesure standardisée (*IES*), ne retrouvent aucune différence quant à l'intensité des réactions suite à l'événement en fonction du sexe des professionnels. Ces derniers auteurs n'utilisent cependant aucune consigne spécifique quant au décès par suicide à privilégier dans la réponse au questionnaire. Or, les professionnels peuvent être confrontés à plus d'un suicide au cours de leur carrière (Courtenay et Stephens, 2001; Cryan *et al.*, 1995; Horn, 1995; Pieters *et al.*, 2003). Il se peut donc que l'absence de différence rapportée reflète davantage une prédisposition des professionnels, à défaut de consigne claire, à opter pour le suicide ayant eu le plus d'impact sur eux. Cette tendance pourrait créer une inflation artificielle des réponses, ce qui risque de minimiser les différences d'intensité retrouvées en fonction du sexe.

Quant au nombre d'années d'expérience professionnelle et à l'âge des thérapeutes, certaines études ont retrouvé une relation inversement proportionnelle entre ces variables et l'intensité des réactions initiales rapportées à l'*IES* (Chemtob *et al.*, 1988a; Goodman, 1995; McAdams et Foster, 2000). De plus, les internes en psychologie ont manifesté des taux significativement plus élevés de détresse psychologique à l'*IES* que leurs collègues professionnels (Kleespies *et al.*, 1993), une détresse qui semble également se maintenir plus longtemps (McAdams et Foster, 2000). Ces résultats signalent que les jeunes professionnels manifestent une vulnérabilité accrue suite au décès par suicide d'un de leur patient. Horn (1994) explique que les jeunes professionnels s'investissent davantage au niveau émotif lorsqu'ils aident les patients, ce qui résulte en un sentiment d'échec personnel lors du décès par suicide d'un patient. Brown (1989) suggère que les jeunes professionnels s'engagent profondément dans le désir d'être aidant et de ce fait, deviennent plus vulnérables narcissiquement face à leurs aspirations élevées lors du décès par suicide d'un patient. Une révision de l'idéal professionnel peut donc avoir lieu suite au suicide d'un patient, un

processus qui semble se manifester de façon plus marquée chez les professionnels en début de carrière (Brown, 1987a, 1987b, 1989, 1990).

Plusieurs auteurs suggèrent donc de mieux préparer les professionnels à la possibilité et à l'impact du décès par suicide d'un patient dans leur pratique (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b; Kleespies *et al.*, 1998; Sacks *et al.*, 1987). En effet, le thème du deuil par suicide d'un patient semble négligé dans les programmes universitaires, puisque seulement 28 % des résidents en psychiatrie rapportent avoir reçu une telle formation (Dewar *et al.*, 2000). Toutefois, aucune recherche empirique n'investigue de façon plus spécifique l'effet de cette formation sur l'intensité ou la nature des réactions personnelles et professionnelles suite au décès par suicide d'un patient. De plus, aucune information sur la disponibilité et l'étendue d'une telle formation dans les programmes universitaires en psychologie ne semble exister.

Les variables psychosociales et relationnelles

Plusieurs recherches mentionnent l'effet protecteur du soutien social personnel et professionnel sur l'intensité des réactions suite au décès par suicide d'un patient (Alexander *et al.*, 2000; Cotton *et al.*, 1983; Cryan *et al.*, 1995; Goodman, 1995; Horn, 1995; Howard, 2000; Kleespies *et al.*, 1990, 1993; Trimble *et al.*, 2000). La consultation de collègues ou d'un superviseur (77 %), ainsi que les contacts avec la famille du patient décédé (30 %) ont été identifiés comme étant les stratégies post suicide les plus employées et les plus aidantes chez les professionnels (Horn, 1995; Howard, 2000). Chez les internes en psychologie, tous les participants ont rapporté avoir consulté un superviseur alors que 88 % ont eu des contacts avec la famille endeuillée (Kleespies *et al.*, 1990). De plus, de 18 % à 36 % des professionnels ont consulté un thérapeute afin de les aider à composer avec le décès par suicide de leur patient (Goodman, 1995; Kleespies *et al.*, 1990, 1993; Trimble *et al.*, 2000) et de 15 % à 38 % ont assisté aux funérailles du patient décédé (Alexander *et al.*, 2000; Cryan *et al.*, 1995; Kleespies *et al.*, 1990, 1993; Trimble *et al.*, 2000). Les stratégies de soutien entreprises suite au suicide d'un patient semblent donc variées et les professionnels

rapportent qu'elles facilitent leur adaptation à cet événement. Toutefois, aucune recherche empirique n'évalue de façon systématique, à l'aide d'instruments de mesure standardisés, le lien entre le soutien social et l'intensité des réactions des professionnels suite au décès par suicide d'un patient.

Une corrélation positive existe entre l'investissement du professionnel dans la relation thérapeutique (au niveau émotif et en termes de durée) et l'intensité des réactions de perte à l'IES deux semaines suite au décès par suicide (Horn, 1995; Lapp, 1986). L'investissement du thérapeute pourrait expliquer le fait que Goodman (1995) ait observé que les réactions des thérapeutes n'étaient pas d'une intensité différente lorsque leur patient était en thérapie au moment du décès par suicide, comparativement aux réactions de thérapeutes pour qui les patients avaient quitté préalablement la relation thérapeutique (10 % des patients de son étude avaient quitté préalablement la thérapie). Certaines recherches ont en effet utilisé ce critère d'exclusion en postulant à priori que le fait d'être en thérapie avec le patient au moment même de son suicide aurait des répercussions accrues chez l'intervenant. Les données de Goodman vont dans le sens contraire d'une telle hypothèse et conduit à prendre en compte la notion du lien thérapeutique pour expliquer l'impact émotif aigu chez le thérapeute.

1.3.4 L'impact professionnel du décès par suicide d'un patient chez les intervenants

Quarante-deux à 66 % des thérapeutes rapportent avoir modifié leurs pratiques thérapeutiques suite au décès par suicide d'un patient (Alexander *et al.*, 2000; Menninger, 1991). Parmi les répercussions professionnelles les plus couramment rencontrées, nous retrouvons en ordre d'importance : la sensibilisation aux indices du risque de suicide (91 %), l'acceptation accrue de l'occurrence du suicide dans la pratique (89 %), une plus forte tendance des thérapeutes à évaluer leurs autres patients comme étant suicidaires (78 %), une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de personnes suicidaires (78 %) (Goodman, 1995), une plus grande attention au domaine légal dans la pratique clinique (74 %) (Goodman, 1995; Howard, 2000), des inquiétudes plus prononcées en regard de la mort,

la consultation plus fréquente de collègues et la tenue de rapports plus conservatrice (Howard, 2000). La réticence à accepter les patients suicidaires ou en dépression (Egerton, 1988; Goldstein et Buongiorno, 1984; Hendin *et al.*, 2000; Schnur et Levin, 1985) et des précautions renforcées quant au traitement (hospitalisations) (15 %) ont aussi été mentionnées par les professionnels (Cryan *et al.*, 1995), mais à plus faible fréquence. À cet effet, certains thérapeutes endeuillés peuvent démontrer un biais temporaire dans leur jugement clinique, en ce sens qu'ils peuvent s'attarder de façon plus sélective aux indices du risque de suicide chez leurs patients. L'utilisation abusive de l'heuristique de représentativité (Garb, 1998; Salovey et Turk, 1991) les inciterait donc à percevoir une certaine équivalence entre le patient décédé et celui qui consulte actuellement : la probabilité perçue d'une issue défavorable peut alors les pousser à surestimer le risque d'un passage à l'acte suicidaire et à agir en adoptant des stratégies préventives plus précoces qu'à l'habitude.

En ce qui concerne les répercussions légales, les procès et mesures disciplinaires intentés contre les professionnels semblent soulever une détresse modérée à extrême chez ces derniers (Alexander *et al.*, 2000). De plus, il semble que la publicité dans les médias, entourant le décès par suicide d'un patient, peut occasionner un surplus de détresse émotionnelle chez les thérapeutes (Alexander *et al.*, 2000, Dewar *et al.*, 2000).

Enfin, plusieurs psychologues (78 %) ont rapporté que le décès d'un patient avait eu un certain impact sur leurs habiletés à exercer le métier de thérapeute lors des deux semaines suivant le suicide. Ainsi, un dixième d'entre eux ont annulé leurs rendez-vous subséquents (Goodman, 1995). De plus, 15 % des professionnels ont considéré prendre une retraite anticipée en réponse au décès par suicide de leur patient (Alexander *et al.*, 2000) et neuf pourcent des résidents en psychiatrie ont songé à un changement de profession suite à l'événement (Dewar *et al.*, 2000).

L'intensité des premières réactions émotionnelles dans la phase aiguë (deux semaines suite au décès par suicide) est associée au développement d'effets professionnels négatifs à long terme (Horn, 1995) : c'est-à-dire que plus les réactions initiales sont intenses, plus le

développement de conséquences professionnelles néfastes à long terme est élevé. Selon Horn (1995), ceci démontre l'importance d'être muni d'un réseau de soutien social à valence positive et étendu, qui permettrait aux professionnels d'évaluer l'impact du décès par suicide d'un patient, tant au plan personnel qu'au niveau de leurs pratiques professionnelles. Plusieurs auteurs suggèrent même la mise en place d'un programme structuré de soutien par les pairs suite au décès par suicide d'un patient (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b, 1989; Goldstein et Buongiorno, 1984; Ruben, 1990). Un programme de soutien destiné aux professionnels existe à cet effet aux États-Unis, nommé *Clinician Survivor Task Force* (2002), mais aucun programme de cette nature ne semble exister au Québec.

Plusieurs réfèrent au décès par suicide d'un patient comme constituant un risque occupationnel important pour les professionnels (Chemtob *et al.*, 1989). À cet effet, la phase de résolution du deuil chez les professionnels serait ponctuée soit d'un certain potentiel de développement ou plutôt d'un risque freinant l'adaptation. La plupart des thérapeutes réussiront à développer des issues positives suite à l'expérience du décès par suicide d'un patient, tandis que certains manifesteront des conséquences émotives négatives à long terme (Brown, 1987a; Egerton, 1988; Holden, 1978; Horn, 1994). En effet, plusieurs thérapeutes reconnaissent leurs limites personnelles dans l'aide aux personnes suicidaires et développent une meilleure appréciation du peu de contrôle qu'ils peuvent exercer sur la vie d'une autre personne, sans forcément se décourager du processus thérapeutique. Ils peuvent donc posséder une compréhension plus poussée de leurs limites et aspirations dans la phase de résolution, tout en manifestant une certaine acceptation quant à la fréquence du décès par suicide dans leur pratique professionnelle. Au contraire, d'autres thérapeutes n'arriveront pas à s'adapter à la perte et vont démontrer des conséquences négatives à long terme telles qu'ils ne cesseront de douter de leur compétence professionnelle lors de leurs contacts avec des patients suicidaires (Horn, 1994). Ces doutes pourront même inciter les professionnels à refuser le traitement de patients suicidaires ou à quitter la profession de thérapeute, par peur que l'événement du suicide d'un patient ne se reproduise. L'issue du deuil suite au décès par suicide d'un patient peut donc varier chez les intervenants en santé mentale et se traduire en une résolution positive ou négative.

En somme, les professionnels en santé mentale ayant à vivre le décès par suicide d'un patient peuvent réagir en tant que personne ayant perdu un être significatif, ainsi qu'en tant que professionnel vivant un événement critique dans leur carrière professionnelle (Horn, 1994; Litman, 1964; Menninger, 1991).

1.4 Lacunes des recherches empiriques actuelles

Les recherches discutées plus haut ont surtout tenté d'établir les facteurs de risque associés à une intensité élevée de réactions personnelles et professionnelles suite au suicide d'un patient. Ces études ont principalement augmenté la validité des résultats de recherche sur ce thème par l'utilisation de mesures psychométriques ou de méthodes qualitatives valides, ainsi qu'un nombre de participants élevé. Toutefois, ces recherches présentent certaines lacunes méthodologiques. À titre d'exemple, mentionnons : la nature rétrospective des données recueillies par les questionnaires auto-administrés et le manque de précisions quant au moment où ces données ont été recueillies suite au suicide, un taux restreint de participation aux études, l'absence de limite temporelle à l'événement du décès par suicide et l'absence de groupes comparatifs (types de profession, milieux de pratique). De plus, les données épidémiologiques sur l'incidence du décès par suicide d'un patient sont inexistantes, ce qui oblige de recourir aux données cliniques fournies par la recherche empirique. Ces derniers taux peuvent cependant être biaisés, en raison de l'absence de procédures de vérification à posteriori de la représentativité des professionnels ayant participé aux recherches. Enfin, mentionnons que la majorité des recherches empiriques sur le sujet du décès par suicide d'un patient se sont déroulées en contexte américain et qu'aucune étude scientifique n'a encore été publiée sur ce thème au Québec, une absence qui contraste avec l'ampleur du taux d'incidence de suicide dans cette province.

Au plan conceptuel, il paraît exister une certaine confusion entre le construit du deuil et celui du stress post-traumatique. Les études empiriques mesurent tantôt des réactions de deuil et tantôt des réactions de stress post-traumatique, sans véritablement distinguer entre les

deux. Si l'on revient aux concepts de base, le travail de deuil est une période de détachement d'une relation affective, une période pendant laquelle l'individu endeuillé apprend à vivre sans la présence de l'autre et qui se traduit par une internalisation des liens avec la personne décédée en vue de créer un futur avec les vivants (Séguin et Brunet, 1999). Dans la même perspective, l'état de stress post-traumatique se produit suite à la présence d'un événement stressant d'intensité extrême, qui est vécu par la personne avec détresse et dont les réponses comportementales consistent à réduire un niveau de stress trop élevé. Dans le cas d'un trouble de stress post-traumatique, il s'agit plutôt d'un mécanisme qui permet d'éviter certaines idées, émotions ou des souvenirs reliés à des événements trop douloureux (Larouche, 1999).

Sans vouloir minimiser la tragédie que représente la perte d'un patient par suicide, il faut être prudents et référer aux construits ainsi qu'aux mesures adéquats afin d'évaluer les réactions des professionnels à cette perte. Il semble tout à fait naturel de considérer qu'un tel événement peut ébranler un professionnel, comme il semble tout à fait possible que certains intervenants présentent des réactions de stress aigu. D'autres professionnels pourront manifester un état de stress post-traumatique et certains, des réactions de deuil superposées à des réactions traumatiques. Tous les intervenants ne seront pas obligatoirement *en deuil* suite au décès par suicide d'un patient, mais tous pourront vivre une réaction de stress d'intensité et de durée variable. La variabilité des réactions dépendra sans doute de facteurs personnels et professionnels : de la vulnérabilité personnelle pré-traumatique du professionnel, du type de lien thérapeutique établi avec le patient, du contexte dans lequel le décès s'est produit, des circonstances ayant entouré le suicide du patient et des événements s'accumulant les jours subséquents, du soutien social, etc. Une remise en question des construits utilisés dans les recherches empiriques s'avère donc essentielle, afin de clarifier la nature des réactions soulevées chez les professionnels suite au décès par suicide d'un patient.

1.5 Ouverture à la recherche et implications cliniques

Des recherches futures seraient nécessaires afin de pallier ces lacunes et ainsi améliorer nos connaissances sur l'occurrence et l'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale au Québec. De prime abord, des recherches à nature épidémiologique pourraient cibler plus rigoureusement l'incidence du décès par suicide d'un patient. Ensuite, un volet longitudinal sous forme d'entrevues individuelles permettrait de construire un cadre conceptuel plus précis et ainsi guider les construits utilisés dans les recherches empiriques. À cet effet, des recherches pourraient étudier les réactions des professionnels sous l'angle du deuil, un construit qui existe dans la littérature tout en étant peu investigué empiriquement. Les auteurs semblent postuler à priori que les professionnels ayant à vivre le décès par suicide d'un patient réagissent comme tout endeuillé ayant perdu un être significatif (Horn, 1994; Litman, 1964; Menninger, 1991); mais Goodman (1995) nous indique qu'au contraire, les réactions des professionnels s'atténuent plus rapidement. La majorité des recherches font appel au concept d'état de stress post-traumatique et utilisent l'instrument de mesure *Impact of Event Scale* en découlant, et ce, afin d'étudier les *réactions initiales* des professionnels suite au décès par suicide d'un patient (c'est-à-dire la première phase du modèle de Resnik (1969), la ressuscitation psychologique, soit le choc initial dans les premières semaines). Il est probable que les ressemblances *initiales* entre les professionnels et les endeuillés en général découlent plutôt du cadre théorique privilégié, minimisant ainsi les différences qualitatives de réactions à plus long terme. Une étude longitudinale permettrait de mieux distinguer les réactions initiales de celles retrouvées dans les deux phases subséquentes du modèle de Resnik : la réhabilitation psychologique (travail du deuil, jusqu'à deux mois) et le renouvellement psychologique (réinvestissement dans les relations, de six mois à un an).

De plus, des recherches seraient nécessaires afin de préciser davantage les caractéristiques relationnelles et psychosociales rendant les professionnels plus vulnérables à développer des réactions d'une intensité élevée suite au suicide d'un patient. L'identification de ces facteurs de risque comporterait une utilité préventive, en ce sens qu'une meilleure

compréhension de ces facteurs pourrait servir à guider les interventions professionnelles facilitant le deuil chez les intervenants en santé mentale au Québec. À titre de pratiques professionnelles envisageables, mentionnons : d'une part, l'établissement d'un groupe d'entraide ou d'un réseau de soutien pour les cliniciens endeuillés par suicide à la Fédération des psychologues du Québec ou l'Association des psychologues du Québec; et d'autre part, la mise en place d'un programme structuré de formation universitaire sur la problématique du suicide, incluant un volet visant à préparer les jeunes professionnels à la possibilité et aux conséquences du décès par suicide d'un patient dans leur pratique. Certains auteurs proposent des modèles d'intervention de soutien pouvant être implantés suite au décès par suicide d'un patient (Bultema, 1994; Cooper, 1995; Little, 1992) et Foster et McAdams (1999) suggèrent un plan intégré de formation et de supervision quant à cet événement.

En attendant l'évaluation et l'implantation de telles stratégies, rappelons l'importance qu'accordent les professionnels au soutien social dans leur adaptation suite au suicide d'un patient. De multiples occasions de soutien existent à cet effet, tant au niveau relationnel (discussions avec des collègues, un superviseur ou en thérapie) qu'au niveau des activités entreprises (autopsie psychologique ou revue formelle du suicide, présence aux funérailles, rencontre de la famille du patient décédé, lecture d'articles sur la perte d'un patient par suicide). Ces sources de soutien, intégrées dans un milieu ouvert et sensible aux besoins des professionnels endeuillés par le suicide d'un patient, pourraient certainement faciliter leur adaptation à long terme. Les démarches de soutien, lorsque entreprises par les thérapeutes, peuvent leur être bénéfiques dans la mesure où elles favorisent une prise de conscience et une maîtrise accrue des répercussions négatives de cet événement sur leurs pratiques cliniques actuelles auprès de personnes suicidaires ou en dépression (refus de traiter ces patients, hospitalisations précoces, minimisation ou surévaluation des indices du risque suicidaire, abandon de la profession de thérapeute).

Tout professionnel en santé mentale court le risque d'être confronté un jour ou l'autre à la perte d'un patient par suicide. L'intensité des réactions suite à cet événement dénote une souffrance cliniquement significative chez plusieurs et il s'avère impératif de s'y attarder,

tant au niveau clinique qu'empirique. De ce fait, la littérature québécoise ne reflète pas l'ampleur du phénomène à sa juste valeur, compte tenu de son occurrence et de son impact chez les professionnels. Le silence face à cette problématique doit donc être confronté pour laisser place à une visibilité accrue du thème de la perte d'un patient par suicide chez les professionnels en santé mentale au Québec.

Tableau 1.1 *Tableau synthèse des recherches empiriques*

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Dexter-Mazza et Freeman (2003)	238 internes en psychologie Décès par suicide d'un patient (DSP) 11 Pays : États-Unis Taux de réponse : 40%	Questionnaires auto-administrés, basés sur celui de Bongar et Hamatz (1991), en cinq sections : 1) variables démographiques, 2) informations sur le programme universitaire, 3) type de formation sur le suicide, 4) expérience avec des clients suicidaires, 5) évaluation de sa propre compétence et de ses connaissances par rapport aux clients suicidaires.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 99% des internes mentionnent avoir traité au moins un client suicidaire durant leur formation en psychologie (étendue de 0 à 380). • 5% rapportent avoir vécu le décès par suicide d'un patient. 27% des internes qui ont vécu le décès par suicide d'un patient n'ont reçu aucune formation préalable sur le suicide. • 51% rapportent avoir reçu une formation sur le suicide. La méthode de formation la plus utilisée : la lecture (74%). Seulement 25% ont reçu une formation sur le suicide lors d'un atelier. • Contenu de la formation : 99% évaluation du risque suicidaire, 84% intervention de crise, 57% prévention du suicide, 32% <i>postvention</i> (la <i>postvention</i> est définie comme étant le suivi de clients à la suite d'idéations suicidaires, de comportements autodestructeurs ou d'une tentative de suicide). • 86% mentionnent que le thème du suicide a été incorporé dans divers cours universitaires mais 8% dévoilent ne pas avoir reçu de formation sur le suicide dans leur curriculum universitaire et 4% disent ne pas avoir reçu de formation sur le suicide, même dans leur milieu d'internat. • 54% disent avoir reçu une formation sur l'intervention de crise. • La plupart des internes se sentent compétents dans l'évaluation du risque suicidaire, dans leurs interventions auprès d'une personne suicidaire et en ce qui a trait à leurs connaissances sur le suicide, ce qui, selon les auteurs de l'article, suggère l'existence d'un faux sentiment de compétence.
Joyce et Wallbridge (2003)	9 infirmières en psychiatrie DSP 2 Pays : inconnu Taux de réponse : 100%	Entrevues	5 mois	<ul style="list-style-type: none"> • 78% ont été exposées au suicide ou à une tentative de suicide. • Émotions retrouvées : tristesse, anxiété, choc, peur, colère et irritabilité. • 67% se sont identifiés au patient ou à la famille du patient. • 78% rapportent avoir altéré leurs pratiques cliniques à la suite de l'incident, notamment par une vigilance accrue, une confiance diminuée dans les patients, une adhérence accrue aux protocoles, une surprotection des patients, des observations accrues, des restrictions de la liberté des patients et un encouragement de la dépendance des patients envers l'institution, des délais accrus de sortie de l'hôpital pour cause de confiance diminuée dans la sécurité des patients. • 100% rapportent un effet sur l'atmosphère de l'unité de soins, une tension remarquée dans l'équipe

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Joyce et Wallbridge (2003) <i>(suite)</i>				<p>traitante à la suite du suicide : blâme ou critiques d'autrui, peur, colère, sentiment d'être bouc-émissaire ou ostracisée, divergences d'opinions sur les procédures à suivre et la façon de réagir (en oubliant ou en abordant le décès par suicide d'un patient), vigilance accrue.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meilleure approche rapportée pour composer avec le décès par suicide du patient : en parler, <i>debriefing</i> à l'intérieur de 72 heures après le suicide, soutien de la part des directeurs, information sur les procédures, revue formelle du suicide. • Il existe une grande variété de réactions d'un professionnel à l'autre. Les réactions semblent dépendre de la capacité de résilience personnelle du thérapeute, de sa personnalité, de sa spiritualité, de son expérience passée avec les personnes suicidaires et de son identification avec le patient ou la famille.
Pieters, De Gucht, Joos et De Heyn (2003)	114 résidents en psychiatrie DSP 79 Pays : Belgique Taux de réponse : 70%	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Impact of Event Scale</i> (IES). Consigne : DSP soulevant le plus de détresse.	Médiane : 14 mois (quelques jours à 58 mois)	<ul style="list-style-type: none"> • 69% ont vécu le décès par suicide d'un patient (étendue de 1 à 9 suicides). • 78% ont vu le corps du défunt sur les lieux du suicide. • 18% rapportent des effets professionnels négatifs. • 58% rapportent des changements dans leur pratique clinique. • 12% obtiennent un score cliniquement significatif sur l'échelle d'intrusion, 7% sur l'échelle d'évitement de l'<i>Impact of Event Scale</i> (IES). • 72% ont participé à une rencontre de groupe et 53% à une revue formelle du suicide. • 17% étaient présents aux funérailles du patient. • 0,2% ont subi des poursuites judiciaires. • 84% ont discuté de l'incident avec un superviseur, 80% avec leur conjoint(e) et/ou leur famille, 72% avec leurs pairs, 58% avec leurs amis et 54% avec la famille du patient. • Les sources de soutien utilisées ont été considérées comme étant bénéfiques. • 44% mentionnent avoir reçu une formation universitaire sur l'évaluation du risque suicidaire, et 80% ont considéré cette formation de moyennement à extrêmement utile pour composer avec le suicide du patient. • Seulement 10% ont reçu une formation sur les procédures à suivre à la suite du décès par suicide d'un patient. • 2,5% mentionnent avoir reçu une formation sur l'impact du décès par suicide d'un patient, ce qui a été considéré comme modérément à extrêmement utile. • Ce qui est rapporté comme raisons de l'impact : un premier suicide, une confrontation avec le corps du patient ou des efforts de ressuscitation, un engagement thérapeutique long et intense avec le patient ou avec sa famille, une bonne relation thérapeutique ou au contraire une relation thérapeutique particulièrement difficile, le suicide est survenu lors de l'absence du résident, le patient était jeune, le patient était intelligent, une confrontation avec les membres de la famille en l'absence de soutien.

Auteur et année	Population (n)	Mesures utilisées	Temps écoulé depuis le décès	Résultats
Pieters, De Gucht, Joos et De Heyn (2003)				<ul style="list-style-type: none"> • Les résidents considèrent important le soutien de superviseurs, collègues et membres de l'équipe traitante. Plusieurs mentionnent s'être sentis isolés et seuls lorsqu'ils devaient soutenir la famille du patient décédé sans l'aide d'un superviseur. • Le soutien informel par les pairs est considéré comme étant plus bénéfique que le soutien formel d'un superviseur.
(suite)				
Pilkinton et Etkin (2003)	197 résidents en psychiatrie et 9 directeurs de programmes universitaires en psychiatrie DSP 121 Pays : Canada	Questionnaires auto-administrés, en six sections : 1) données démographiques, 2) description de la relation au patient, 3) impact du suicide, 4) sources de soutien utilisées, 5) formation sur le suicide, 6) commentaires.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 61% ont vécu le décès par suicide d'un patient. • Les résidents ont confié que le suicide d'un patient a eu davantage d'impact que le suicide d'un proche sur leur santé émotive et la façon d'évaluer les patients par la suite. • Le suicide d'un patient a suscité plus d'inquiétudes médicales; alors que le suicide d'un proche a eu davantage d'impact sur la santé physique des résidents et leurs relations professionnelles. • Les sources de soutien les plus fréquentes : pairs résidents, amis et superviseurs. • 14% des résidents se sont présentés aux funérailles du patient. • 78% des résidents ont senti qu'ils ont reçu un soutien adéquat. • 15% des résidents étaient motivés à utiliser le programme d'aide aux employés; 32% disaient ne pas vouloir utiliser cette source de soutien. • 32% ont reçu une formation sur l'impact du décès par suicide d'un patient. • 33% des programmes avaient prévu des procédures pour assurer un <i>debriefing</i>, 67% ont effectué une revue formelle du suicide. • 62% des résidents rapportent un ou plusieurs incidents critiques durant leur résidence, dont 33% de tentatives de suicide et un grand nombre d'épisodes de violence des patients. Les commentaires suggèrent que l'impact de ces derniers événements était aussi élevé ou plus élevé que de celui du décès par suicide d'un patient.
Linke, Wojciak et Day (2002)	44 professionnels en santé mentale : 18 infirmières en psychiatrie, 15 travailleurs sociaux, 2 psychiatres, 4 psychologues et 2 thérapeutes.	Questionnaires auto-administrés, basés sur celui de Alexander <i>et al.</i> (2000). Consigne : DSP soulevant le plus de détresse.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 40% rapportent que leurs symptômes ont persisté pendant plus d'un mois. • 45% rapportent des effets négatifs sur leurs pratiques professionnelles, qui ont persisté pendant plus d'un mois. Exemples d'effets négatifs : évitement de patients perçus à risque de suicide, irritabilité envers l'institution, préoccupations exagérées envers le travail, anxiété accrue au travail, désir de changer d'emploi, diminution de la concentration, fatigue, apathie, attitude de sur-responsabilisation et de surprotection des patients, distanciation des patients et surcharge de travail. • Certains notent des effets positifs : prise de notes plus exhaustive, tendance accrue à rechercher du soutien et de la supervision auprès de collègues. • 7% ont pris un congé de travail. • Les sources de soutien les plus communes et bénéfiques : collègues, conjoint(e), amis et famille.

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Linke, Wojciak et Day (2002)				<ul style="list-style-type: none"> • Les rencontres de groupe pour discuter du suicide et offrir une occasion de soutien sont vues comme ayant de la valeur et encouragées par 68%. Plusieurs mentionnent l'importance attribuable au fait que les collègues plus âgés normalisent la difficulté de vivre le décès par suicide d'un patient.
(suite)				<ul style="list-style-type: none"> • 70% se sentent mal préparés par rapport au suicide.
Yousaf, Hawthorne et Sedgwick (2002)	53 résidents en psychiatrie DSP 23 Pays : Angleterre Taux de réponse : 60%	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Impact of Event Scale</i> (IES). Consigne : 1 ^{er} DSP.	Moyenne : 27 mois (étendue : 1 mois à 3 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • 43% ont vécu le décès par suicide d'un patient. • 91% considèrent que le traitement a été approprié. • 26% ont rencontré la famille du patient décédé, 39% ont révisé formellement le cas, 22% ont participé à l'investigation du coroner. • 52% ont vécu un stress cliniquement significatif au <i>Impact of Event Scale</i> (IES); 33% ont manifesté des symptômes cliniques d'intrusion et 29%, d'évitement. 29% vivaient un stress cliniquement significatif au moment de l'étude. • Répercussions les plus intenses sur la pratique : attention accrue aux facteurs de risque de suicide, attention accrue au domaine légal dans la pratique, tendance accrue à hospitaliser les patients, tenue de rapports plus conservatrice, consultations plus fréquentes auprès de collègues, inquiétudes accrues concernant la mort, culpabilité et perte d'estime de soi.
Courtenay et Stephens (2001)	203 résidents en psychiatrie DSP 109 Pays : Angleterre Taux de réponse : 51%	Questionnaires auto-administrés	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 54% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient; 61% ont vécu un seul suicide et 39% en ont vécu deux et plus. • Taux de 0,23 suicide par année de formation (environ un suicide par 4 ans). • Effet modéré ou sévère chez les résidents dans 75% des cas (24% sévère, 51% modéré) et absent ou minime dans 14% des cas. • 60% ont reçu une offre d'aide, 40% ont été ignorés dans leur besoin d'aide. • 68% ont noté un impact sur leur pratique clinique : 77% ont remarqué un effet positif (ex.: meilleures habiletés pour évaluer le risque suicidaire), 23%, un effet négatif (ex.: peur des contacts cliniques, sentiment d'isolement, de désillusion et de vulnérabilité, préoccupation excessive par l'aspect légal).
Halligan et Corcoran (2001)	120 médecins généralistes ruraux DSP : 103 Pays : Irlande	Questionnaires auto-administrés Consigne : dernier DSP.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins généralistes de l'étude ont rencontré en moyenne le suicide d'un patient tous les 3 ans. • 86% des médecins ont dit avoir vécu le décès par suicide d'un patient au cours des derniers 10 ans. Moyenne de décès par suicide d'un patient par médecin : 3,5. • Impacts sur les pratiques professionnelles, rapporté comme étant d'intensité faible : références accrues en psychiatrie (54%), tenue de dossiers plus exhaustive (50%), hausse des prescriptions d'antidépresseurs (40%), hausse des consultations de collègues (36%).

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Halligan et Corcoran (2001)	Taux de réponse : 79%			<ul style="list-style-type: none"> • 35% expriment s'être senti coupables, 24% ont noté des conflits avec la famille du patient décédé, 22% ont remarqué une perturbation de leur sommeil. • 20% ont recherché du soutien à la suite de l'événement, alors que 62% ont rapporté qu'ils utiliseraient un système de soutien si disponible.
(suite)				
Alexander, Klein, Gray, Dewar et Eagles (2000)	247 psychiatres DSP 167 Pays : Écosse Taux de réponse : 78%	Questionnaires auto-administrés, basés sur une recension de la littérature, des consultations avec des psychiatres et une étude pilote.	1 mois à 20 ans (médiane : 3 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • 67% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient. • 15% des psychiatres se sont présentés aux funérailles du patient décédé. • 42% ont altéré leurs pratiques professionnelles. • Les procès et mesures disciplinaires ont soulevé une détresse modérée à extrême. • L'exposition à la publicité dans les médias a occasionné un surplus de détresse émotive. • 15% ont considéré prendre une retraite anticipée à la suite du suicide du patient. • Il y a eu une diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles des psychiatres.
Dewar, Eagles, Klein, Gray et Alexander (2000)	103 résidents en psychiatrie DSP 48 Pays : Angleterre Taux de réponse : 81%	Questionnaires auto-administrés, incluant : 1) variables démographiques, 2) opinions générales, 3) suicide ayant eu le plus fort impact, 4) section à court développement.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 96% des résidents ont bénéficié d'une formation sur l'évaluation du risque suicidaire. • 28% ont reçu une formation sur les aspects à considérer à la suite du décès par suicide d'un patient et ce, incluant des informations sur les réactions vécues à la suite de cet événement. Cette dernière formation a été soulevée comme comportant, sur une échelle de Likert, un caractère moyennement à extrêmement bénéfique à la suite du suicide d'un patient. • 19% ont mentionné avoir pris conscience de la médiatisation du suicide de leur patient, ce qui a été perçu comme étant modérément stressant. • 9% ont songé à un changement de profession à la suite de l'événement.
Howard (2000)	346 psychologues DSP 114 Pays : États-Unis Taux de réponse : 47%	Questionnaires auto-administrés, incluant : 1) variables démographiques, 2) <i>Impact of Event Scale</i> (IES),	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 24% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient. • Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychologues. • La consultation de collègues ou d'un superviseur ainsi que les contacts avec la famille du patient décédé (30%) ont été identifiés comme étant les stratégies <i>postsuicide</i> les plus employées et utiles chez les psychologues. • Répercussions reflétant un impact modéré ou accru sur la pratique (en fonction d'une échelle de Likert, en ordre d'importance) : attention accrue aux aspects légaux, inquiétudes accrues concernant la mort en général, consultation plus courante de collègues et tenue de rapports plus conservatrice.

Auteur et année	Population (n)	Mesures utilisées	Temps écoulé depuis le décès	Résultats
Howard (2000) (suite)		3) échelles de Likert d'une autre étude, 4) 2 questions ouvertes à court développement.		
McAdams et Foster (2000)	376 thérapeutes DSP 89 Pays : États-Unis Taux de réponse : 38%	Questionnaires auto-administrés, incluant : 1) variables démographiques, 2) aspects de la pratique, 3) impact du suicide du patient, 4) <i>Impact of Event Scale</i> (IES).	58% > 6 ans 42% < 1 an ½	<ul style="list-style-type: none"> ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes. ● L'intensité élevée de réactions à l'<i>Impact of Event Scale</i> (IES) s'est maintenue dans le temps et ce, même après 2 ans d'intervalle depuis le décès par suicide du patient. Toutefois, il y a une diminution significative de l'intensité des réactions des thérapeutes à un intervalle de 6 ans depuis le décès ($p < .001$), les réactions se retrouvant à cette période sous le seuil de détresse clinique. ● Aucune différence en fonction du sexe dans l'intensité des réactions à la suite de l'événement. ● Relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience professionnelle (+ l'âge des thérapeutes) et l'intensité des réactions rapportées à l'IES. ● L'intensité des réactions des étudiants, telles que mesurée par l'IES, se maintient plus longtemps que chez leurs collègues professionnels.
Trimble, Jackson et Harvey (2000)	437 psychologues DSP 170 Pays : Australie Taux de réponse : 29%	Questionnaires auto-administrés, basés sur celui de Chemtob <i>et al.</i> (1988b).	66% < 5 ans 14% < 1 an	<ul style="list-style-type: none"> ● 39% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient. ● 26% des professionnels ont consulté un thérapeute afin de les aider à composer avec le décès par suicide de leur patient. ● 31% ont rapporté leur présence aux funérailles du patient décédé.
Ellis et Dickey (1998)	247 internes en psychologie, 166 résidents en psychiatrie Pays : États-Unis Taux de réponse : 59% et 56% respectivement	Questionnaires auto-administrés sur la formation reçue.	Ne s'applique pas	<ul style="list-style-type: none"> ● 75% des internes en psychologie et 94% des résidents en psychiatrie ont bénéficié d'une formation sur l'évaluation du risque suicidaire.

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Ellis, Dickey et Jones (1998)	166 résidents Pays : États-Unis Taux de réponse : 56%	Questionnaires auto-administrés sur la formation reçue.	Ne s'applique pas	<ul style="list-style-type: none"> ● 96% des résidents en psychiatrie ont bénéficié d'une formation sur l'évaluation du risque suicidaire.
Grad, Zavasnik et Groleger (1997)	47 psychiatres, 10 psychologues et 6 thérapeutes dont la profession est inconnue DSP 63 Pays : États-Unis Taux de réponse : 72%	Questionnaires auto-administrés, incluant 15 questions fermées et 3 questions ouvertes.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes. ● Variété étendue de réactions émotives rapportées, soit : choc, culpabilité, honte, anxiété, tristesse, colère, trahison et impuissance. ● L'intensité des réactions est la même chez les psychiatres que chez les psychologues. ● Réactions émotives distinguant les deux sexes. Les femmes ont présenté davantage de culpabilité (87%) et de honte (31%) que les hommes (50% et 0% respectivement). De plus, les femmes remettent en doute plus facilement leurs compétences et ont davantage besoin de consolation et de réconfort, alors que plus d'hommes réagissent en vaquant à leurs activités occupationnelles habituelles (50% des femmes comparativement à 75% des hommes).
Cryan, Kelly et McCaffrey (1995)	109 psychiatres DSP 89 Pays : Irlande Taux de réponse : 61%	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Impact of Event Scale</i> (IES) et le questionnaire des répercussions sur la pratique.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> ● 82% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient lors du traitement; 81% ont rapporté avoir vécu plus d'un décès par suicide. ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychiatres. ● 15% ont rapporté leur présence aux funérailles du patient décédé. ● 15% ont rapporté des précautions renforcées quant au traitement (hospitalisations) à la suite du décès par suicide d'un patient. ● Diminution, en fonction du temps, de l'intensité des réactions personnelles et professionnelles au suicide d'un patient.
Goodman (1995)	320 psychologues ayant vécu le suicide (S), la tentative de suicide (TS) et/ou l'idéation suicidaire (IS) d'un patient DSP 114	Questionnaires auto-administrés, incluant les variables démographiques, le <i>Therapist Coping Study Questionnaire</i> (TCSQ) et le	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> ● 36% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient (10% des patients décédés n'étaient pas en thérapie avec le répondant au moment du suicide). ● Les psychologues de sexe masculin sont significativement plus à risque de vivre le décès par suicide d'un patient (42%) que ceux de sexe féminin (26%), en raison du ratio différentiel du sexe des intervenants dans les divers milieux de travail. ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychologues. ● On note une atténuation des réactions de deuil chez les psychologues. Ainsi, 84% ont considéré leur deuil résolu, comparativement à 15%, qui considéraient leur deuil comme étant non résolu (sur une

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Goodman (1995)	Pays : États-Unis Taux de réponse : 43%	<i>Ways of Coping Questionnaire</i> (WCQ).		période de temps depuis le décès indéfinie par l'auteur); 48% ont rapporté que leurs réactions ont persisté au moins pendant quatre mois, 27%, pendant un an ou plus et 18%, pendant plus de trois ans. <ul style="list-style-type: none"> • Tristesse chez 86%, ainsi que culpabilité, colère et sentiment d'échec et d'incompétence chez les 75% des psychologues. • Symptômes les plus fréquemment rapportés : l'insomnie (30%) et l'isolement social (16%). • Symptôme le moins fréquent : la propension aux accidents (2%). • Relation directe entre l'intensité des réactions telle que mesurée par l'IES et la sévérité du comportement suicidaire du patient : $S > TS > IS$. • Plus de dépression chez les psychologues si le patient était de sexe féminin. • Aucune influence de l'âge du patient sur l'intensité des réactions des psychologues. • Relation inversement proportionnelle entre l'âge du professionnel et l'intensité des réactions. • 18% ont consulté un thérapeute afin de les aider à composer avec le décès par suicide de leur patient. • 19% ont rapporté leur présence aux funérailles du patient décédé. • Les réactions des thérapeutes n'étaient pas d'une intensité différente lorsque leur patient était en thérapie au moment du décès par suicide, comparativement aux réactions de thérapeutes pour qui les patients avaient quitté préalablement la relation thérapeutique. <p>Conséquences professionnelles les plus fréquentes : acceptation accrue de l'occurrence du suicide dans la pratique (89%), sensibilisation aux indices du risque de suicide (91%), plus forte tendance à évaluer leurs autres patients comme étant suicidaires (78%), anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de personnes suicidaires (78%) et attention accrue au domaine législatif dans la pratique clinique (74%).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1,3% de risques de litige à la suite du comportement suicidaire d'un patient. • Environ 18% des psychologues ont mentionné avoir déjà connu un collègue ayant quitté le service direct auprès de patients à cause de l'épuisement professionnel, possiblement relié au comportement suicidaire d'un ou de plusieurs patients. • Diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles reliées à l'événement.
Horn (1995)	129 psychologues ayant vécu le suicide (S), la tentative de suicide (TS) et/ou l'idéation	Questionnaires auto-administrés, incluant : variables démographiques, <i>Impact of Event</i>	Moyenne : 8 ans Écart-type : 5 ans	<ul style="list-style-type: none"> • 33% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient, dont 43% ont rapporté plus d'un suicide. • Les psychologues travaillant dans un centre de santé mentale communautaire présentent un risque plus élevé que ceux pratiquant en clinique privée, en raison de la nature et de la sévérité des syndromes que peut présenter la clientèle de ces centres. • Les psychologues de sexe masculin sont significativement plus à risque de vivre le décès par

Auteur et année	Population (n)	Mesures utilisées	Temps écoulé depuis le décès	Résultats
Hom (1995) (suite)	suicidaire (IS) d'un patient DSP 50 Pays : États-Unis Taux de réponse : 43%	Scale (IES), Acute Emotional Impact Scale, Long-Term Emotional Impact Scale et Coping and Recovery Scale.		<p>suicide d'un patient que ceux de sexe féminin.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychologues. ● Relation directe entre l'intensité des réactions telle que mesurée par l'IES et la sévérité du comportement suicidaire du patient : $S > TS > IS$. ● Effet protecteur du soutien social, personnel et professionnel : la consultation de collègues ou d'un superviseur (77%) ainsi que les contacts avec la famille du patient décédé ont été identifiés comme étant les stratégies <i>postsuicide</i> les plus employées et bénéfiques chez les thérapeutes. ● Corrélation de 0,47 obtenue entre l'intensité de la relation avec le patient et l'acuité de l'impact émotif sur le thérapeute ($p < .001$) deux semaines après le décès par suicide du patient. ● L'intensité des premières réactions émotives dans la phase aiguë (deux semaines suite au décès par suicide) explique 40% de la variance du développement d'effets négatifs à long terme (Hom, 1995), c'est-à-dire que plus les réactions initiales sont intenses, plus le développement d'effets négatifs à long terme est important.
Kleespies, Penk et Forsyth (1993)	98 internes en psychologie ayant vécu le suicide (S) d'un patient, la tentative (TS) ou l'idéation suicidaire (IS).	Questionnaires auto-administrés, incluant des échelles de Likert et le <i>Impact of Event Scale</i> (IES).	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> ● Comportements vécus par les internes : 11% S, 25% TS (total 36%), 64% IS. ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des internes. ● Relation directe entre l'intensité des réactions telle que mesurée par l'IES et la sévérité du comportement suicidaire du patient : $S > TS > IS$. ● Diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles à la suite du décès par suicide d'un patient. ● Les internes ont démontré des taux significativement plus élevés de détresse psychologique à l'IES que leurs collègues professionnels. ● 55% des professionnels ont reçu une formation sur l'évaluation du risque suicidaire par l'entremise de programmes universitaires. ● 38% ont consulté un thérapeute afin de les aider à composer avec le décès par suicide de leur patient. ● 18% ont rapporté leur présence aux funérailles du patient décédé.
Menninger (1991)	105 thérapeutes participant à une conférence DSP 41 Pays : États-Unis Taux de réponse : 51% et 53%	Entrevues structurées	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> ● 39% des répondants ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient. ● Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des thérapeutes et ce, chez tous les thérapeutes. ● 67% des thérapeutes ont modifié leur pratique thérapeutique à la suite du décès par suicide d'un patient.

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Kleespies, Smith et Becker (1990)	54 internes en psychologie DSP 9 Pays : États-Unis Taux de réponse : inconnu	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Impact of Event Scale</i> (IES) et des entrevues téléphoniques semi-structurées.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 17% ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient et 19% ont rapporté avoir vécu la tentative de suicide d'un patient. • Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des internes. • Variété étendue des réactions émotives rapportées, soit choc chez 75% en tant que réponse initiale à l'annonce du suicide et culpabilité chez 63%. • Chez les internes ayant vécu la tentative de suicide d'un patient, intensité émotive comparable à celle de professionnels plus âgés ayant vécu le décès par suicide d'un patient. • 25% ont consulté un thérapeute afin de recevoir de l'aide pour composer avec le suicide de leur patient. • 38% ont rapporté leur présence aux funérailles du patient décédé. • Diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles à la suite du décès par suicide d'un patient.
Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski et Muraoka (1989)	264 psychologues 167 psychiatres DSP 58 et 85 respectivement Pays : États-Unis Taux de réponse : 68% et 46% respectivement	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Affect Intensity Measure</i> (AIM) et le <i>Impact of Event Scale</i> (IES).	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 22% des psychologues et 51% des psychiatres ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient. • Facteurs augmentant le risque de vivre le suicide d'un patient (surtout psychiatres) : hôpital psychiatrique, patients souffrant de désordres affectifs et de schizophrénie; pourcentage de temps accordé à la thérapie en général. • Facteurs de protection du risque de vivre le suicide d'un patient (surtout psychologues) : patients souffrant de troubles anxieux et de désordres de la personnalité, portion du temps accordé à la recherche. • Impact aigu sur la vie personnelle et professionnelle. • Le suicide d'un patient représente un risque occupationnel élevé. • L'intensité des réactions est la même chez les psychiatres que chez les psychologues. • Résultats significativement plus faibles à l'<i>Impact of Event Scale</i> (IES) chez les thérapeutes qui traitaient des patients souffrant d'abus de substance, comparativement à ceux qui traitaient des patients souffrant d'autres troubles mentaux.
Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe (1988a)	259 psychiatres DSP 131 Pays : États-Unis Taux de réponse : 68%	Questionnaires auto-administrés, incluant le <i>Impact of Event Scale</i> (IES) et de brèves entrevues téléphoniques.	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 51% ont rapporté avoir vécu un premier suicide; 55% ont rapporté en avoir vécu un second. • Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychiatres. • 57% ont manifesté des symptômes de stress aigu à la suite du décès par suicide d'un patient, avec une intensité émotive comparable à celle d'un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent par mort naturelle. • Variété étendue de réactions émotives rapportées, soit choc, culpabilité, honte, anxiété, tristesse, colère, trahison et impuissance.

Auteur et année	Population (n)	Mesures utilisées	Temps écoulé depuis le décès	Résultats
Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe (1988a)				<ul style="list-style-type: none"> • Relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience professionnelle (+ l'âge des thérapeutes) et l'intensité des réactions rapportées à l' <i>Impact of Event Scale</i> (IES). • Diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles à la suite du décès par suicide d'un patient.
(suite)				
Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe (1988b)	365 psychologues DSP 81 Pays : États-Unis Taux de réponse : 46%	Questionnaires auto-administrés, incluant des échelles de Likert et le <i>Impact of Event Scale</i> (IES).	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 22% des psychologues ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient, dont 39% ont vécu un deuxième suicide. • Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle. • Symptômes de stress aigu comparables à ceux d'une population clinique chez 49% des psychologues pendant les deux semaines suivant le décès par suicide d'un patient, tels que mesurés par le <i>Impact of Event Scale</i> (IES). Les auteurs ont évoqué une intensité émotive comparable à celle d'un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent par mort naturelle. • Variété étendue des réactions émotives rapportées, soit choc, culpabilité, honte, anxiété, tristesse, colère, trahison et impuissance. • Diminution, en fonction du temps, des réactions personnelles et professionnelles à la suite du décès par suicide d'un patient.
Wilbert et Fulero (1988)	169 psychologues Pays : États-Unis Taux de réponse : 70%	Questionnaires auto-administrés	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • Les participants rapportent qu'ils ont peu peur de la possibilité de litige, alors que 50% disent employer des méthodes afin de prévenir cette possibilité. • 21% des cas de poursuites judiciaires vécus étaient reliés à une menace de suicide ou à un suicide (une des trois principales causes de litige, avec des clients insatisfaits des services reçus (23%), des interventions auprès de clients considérés comme hostiles ou difficiles (14%)). • 50% des répondants mentionnent un impact à la suite des poursuites judiciaires : 56% prennent les idées suicidaires plus au sérieux, 54% tiennent des dossiers plus exhaustifs, 49% ont recours à l'hospitalisation lors d'urgences, 48% réfèrent les cas pour lesquels ils ont peu d'expérience, 42% réfèrent à un médecin afin d'écarter la possibilité de problèmes médicaux, 41% administrent des test psychologiques supplémentaires afin de documenter leur jugement clinique.
Vogel et Wolfersdorf (1987)	249 suicides dans 6 hôpitaux (thérapeutes) Pays : Allemagne Taux de réponse : inconnu	Questionnaires auto-administrés	Inconnu	<ul style="list-style-type: none"> • 94% des cas ont été revus et discutés par l'équipe traitante, 6%, pas du tout; le pourcentage varie en fonction du type d'unité : les unités spécialisées abordent le suicide plus fréquemment que les unités générales (unités de réhabilitation à moyen terme 28%, unités spécialisées en toxicomanie 50%, unités de psychothérapie 60%, unités de dépression 100%). • Les patients de l'unité ont été informés du suicide dans 20% des cas (9% en groupe seulement, 7% en session individuelle, 4% en groupe premièrement et ensuite en session individuelle).

<i>Auteur et année</i>	<i>Population (n)</i>	<i>Mesures utilisées</i>	<i>Temps écoulé depuis le décès</i>	<i>Résultats</i>
Lapp (1986)	199 intervenants (psychiatres, psychologues cliniques, docteurs en éducation, travailleurs sociaux, conseillers maritaux et familiaux) DSP 72 Pays : États-Unis	Questionnaires auto-administrés	Inconnu	<ul style="list-style-type: none">• 38% des psychothérapeutes en général ont rapporté avoir vécu le décès par suicide d'un patient dans leur carrière professionnelle.• Les psychiatres obtiennent le taux le plus élevé de rencontre avec un premier cas de suicide dans leur pratique (54%) et de rencontres avec de multiples cas de suicides (57% versus 44%).• Impact aigu du décès par suicide d'un patient sur la vie personnelle et professionnelle des psychologues.• Réactions des thérapeutes de sexe féminin plus intenses que celles des thérapeutes de sexe masculin.• L'investissement émotif ($r = 0,89$) et la culpabilité ($r = 0,57$) ont été établis comme expliquant indépendamment 79% et 33% de la variance de l'intensité des réactions de perte à l'IES, ces variables sont fortement corrélées entre elles ($r = 0,34$, $p < .01$).
	Taux de réponse : inconnu			

- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G. et Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients : Questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Berman, A. L. (1995). « To engrave herself on all our memories; to force her body into our lives » : The impact of suicide on psychotherapists. In B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (p. 85-99). New York : Springer Publishing Company.
- Brown, H. N. (1987a). Patient suicide during residency training (1) : Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11(1), 201-206.
- _____. (1987b). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28(2), 101-112.
- _____. (1989). Patient suicide and therapists in training. In D. Jacobs et H. N. Brown (Eds.), *Suicide (Understanding and responding)* (p. 415-434). Madison, Connecticut : International Universities Press.
- Bultema, J. K. (1994). Healing process for the multidisciplinary team : Recovering post-inpatient suicide. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(2), 19-24.
- Carter, R. E. (1971). Some effects of client suicide on the therapist. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 8(4), 287-289.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R. et Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide : Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides : Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- _____. (1988b). Patient suicide : Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Clinician Survivor Task Force. (2002). Therapists as survivors of suicide : Basic information. Indiana University South Bend, Department of Psychology, <http://www.iusb.edu/~imcintos/cliniciansurveydraft.html>.
- Cooper, C. (1995). Psychiatric Stress Debriefing (Alleviating the impact of patient suicide and assault). *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(5), 21-25.
- Cotton, P. G., Drake, R. E., Whitaker, A. et Potter, J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(1), 55-59.

- Courtenay, K. P. et Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- Cryan, E. M. J., Kelly, P. et McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19, 4-7.
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Gray, N. et Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24(1), 20-23.
- Dexter-Mazza, E. T. et Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal clients : The student's perspective. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 33(2), 211-218.
- Eagles, J. M., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G. et Alexander, D. A. (2001). Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide : A perspective from north-east Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 178, 494-496.
- Egerton, W. L. (1988). The experience of the therapist when a patient commits suicide. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 8911770)
- Ellis, T. E. et Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient : A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology : Research and Practice*, 29(5), 492-497.
- Ellis, T. E., Dickey, T. O. et Jones, E. C. (1998). Patient suicide in psychiatry residency programs (A national survey of training and postvention practices). *Academic Psychiatry*, 22(3), 181-189.
- Foster, V. A. et McAdams, III, C. R. (1999). The impact of client suicide in counselor training : Implications for counsellor education and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 39(1), 22-33.
- Fox, R. et Cooper, M. (1998). The effects of suicide on the private practitioner : A professional and personal perspective. *Clinical Social Work Journal*, 26(2), 143-157.
- Garb, H. N. (1998). Clinical judgment. In H. N. Garb (Ed.), *Studying the clinician : Judgment research and psychological assessment* (p. 173-206). Washington : American Psychological Association.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1630-1634.
- Godfroid, I. O. (2001). La violence, le désir et la mort. Réflexions sur trois tabous en psychiatrie. *L'encéphale*, 27, 22-27.

- Goldstein, L. S. et Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-398.
- Goodman, J. H. (1995). How therapists cope with client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9705345)
- Grad, O. T. (1996). Suicide : How to survive as a survivor? *Crisis*, 17(3), 136-142.
- Grad, O. T., Zavasnik, A. et Groleger, U. (1997). Suicide of a patient : Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Gutheil, T. G. (1999). Liability issues and liability prevention in suicide. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (p. 561-578). San Fransisco : Jossey-Bass Publishers.
- Halligan, P. et Corcoran, P. (2001). The impact of patient suicide on rural general practitioners. *British Journal of General Practice*, 51, 295-296.
- Hanus, M. (2003). *Les deuils dans la vie (deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant)*. Paris : Éditions Maloine.
- Harris, E. C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorder : A meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P. et Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Henn, R. F. (1978). Patient suicide as part of psychiatric residency. *American Journal of Psychiatry*, 135(6), 745-746.
- Holden, L. D. (1978). Therapist response to patient suicide : Professional and personal. *Journal of Continuing Education in Psychiatry*, 39(5), 23-32.
- Horn, P. J. (1994). Therapist psychological adaptation to patient suicide. *Psychotherapy*, 31, 190-195.
- _____. (1995). Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9529644)
- Howard, E. L. (2000). Incidence and impact of client suicide on health service providers in psychology. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9985639)
- Joyce, B. et Wallbridge, H. (2003). Effects of suicidal behavior on a psychiatric unit nursing team. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(3), 14-23.

- Kahne, M. J. (1968). Suicide among patients in mental hospitals (A study of the psychiatrists who conducted their psychotherapy). *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 32-43.
- Kayton, L. et Freed, H. (1967). Effects of a suicide in a psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry*, 17, 187-194.
- Kleespies, P. M. (1993). The stress of patient suicidal behavior : Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(4), 477-482.
- Kleespies, P. M. et Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician : Incidence, impact, and means of coping. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1353-1369.
- Kleespies, P. M., Niles, B. L., Mori, D. L. et Deleppo, J. D. (1998). Emergencies with suicidal patients (The impact on the clinician). In P. M. Kleespies (Ed.), *Emergencies in mental health practice : Evaluation and management* (p. 379-397). New York : Guilford Press.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E. et Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training : Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(3), 293-303.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R. et Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors : Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology : Research and Practice*, 21(4), 257-263.
- Lapp, G. E. (1986). Therapists' response to client suicide. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 8621174)
- Larouche, L. M. (1999). Troubles reliés au stress intense. In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et al. (Eds.), *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale, Tome I : Introduction et syndromes cliniques* (p. 378-395). Montréal (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.
- Linke, S., Wojciak, J. et Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams : findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Litman, R. E. (1964). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 570-576.
- Little, J. D. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide : What happened and what should we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(2), 162-167.

- McAdams, III, C. R. et Foster, V. A. (2000). Client suicide : Its frequency and impact on counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 107-121.
- Meade, J. F. (1999). A counselor's journey of loss and healing after losing a client to suicide. *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 10(2), 30-31.
- Menninger, W. W. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic (A Journal for the Mental Health Professions)*, 55, 216-227.
- Michel, K., Armson, S., Fleming, G., Rosenbauer, C. et Takahashi, Y. (1997). After suicide : Who counsels the therapist? (Report from a workshop at the 29th Congress of the IASP). *Crisis*, 18(3), 128-140.
- Midence, K., Gregory, S. et Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 115-120.
- Parkes, C. M. (1986). Determinants of grief. In C. M. Parkes (Ed.), *Bereavement (Studies of grief in adult life)* (pp. 136-168). New York : Tavistock Publications.
- Pieters, G., De Gucht, V., Joos, G. et De Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349.
- Pilkinton, P. et Etkin, M. (2003). Encountering suicide : The experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 27(2), 93-99.
- Rando, T.A. (1984). *Grief, dying and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL : Research Press.
- Resnik, H. L. P. (1969). Psychological resynthesis : A clinical approach to the survivors of a death by suicide. In E. S. Schneidman et M. Ortega (Eds.), *Aspects of depression* (p. 213-224). Boston : Little, Brown.
- Ruben, H. L. (1990). Surviving a suicide in your practice. In S. J. Blumenthal et D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle : Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (p. 619-636). Washington DC : American Psychiatric Press.
- Sacks, M. H., Kibel, H. D., Cohen, A. M., Keats, M. et Turnquist, K. N. (1987). Resident response to patient suicide. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4), 217-226.
- Salovey, P. et Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision-making. In C. R. Snyder et D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspectives* (p. 416-437). New York : Pergamon Press.
- Sanders, C. M. (1984). Therapists, too, need to grieve. *Death Education*, 8, 27-35.

- Schnur, D. B. et Levin, E. H. (1985). The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents. *Journal of Psychiatric Education*, 9, 127-136.
- Séguin, M. et Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Approche intégrative)* (p. 577-593). Montréal (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.
- Séguin, M. et Fréchette, L. (1999). *Le deuil (Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir)*. Montréal (Québec) : Les Éditions Logiques.
- Séguin, M. et Huon, P. (1999). Conséquences du suicide chez les proches. In M. Séguin et P. Huon (Eds.), *Le suicide (Comment prévenir, comment intervenir)* (p. 147-162). Outremont (Québec) : Les Éditions Logiques.
- Spiegelman, J. S. (2001). Losing a client to suicide : The experience of a new clinician. *The Los Angeles Psychologist*, 15, 12-13.
- Statistique Canada. (2002a). *Certaines causes de décès, selon le sexe, Canada, provinces, territoires et régions socio-sanitaires, données annuelles*. Statistique de l'état civil, base de données sur les décès et Division de la démographie, Section des estimations démographiques, <http://www.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>.
- _____. (2002b). *Le Canada en statistiques - Principales causes de décès sélectionnées selon le sexe*. Division des statistiques sur la santé, Catalogue StatsCan, http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Health/health36_f.htm.
- Tanney, B. (1995). After a suicide : A helper's handbook. In B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (p. 100-120). New York : Springer Publishing Company.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnosis and suicidal acts. In R. W. Maris, A. L. Berman et M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (p. 311-341). New York : Guilford Press.
- Trimble, L., Jackson, K. et Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour : Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621.
- Vedrinne, J., Sorel, P. et Weber, D. (2000). Impact du suicide sur l'entourage et les soignants. In T. Lemperrière (Ed.), *Dépression et suicide* (p. 191-206). Paris : Acanthe, Masson, SmithKline Beecham.

Vogel, R. et Wolfersdorf, M. (1987). Staff response to the suicide of psychiatric inpatients. *Crisis*, 8(2), 178-184.

Wilbert, J. R. et Fulero, S. M. (1988). Impact of malpractice litigation on professional psychology : Survey of practitioners. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 379-382.

Yousaf, F., Hawthorne, M. et Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26, 53-55.

CHAPITRE II

DEUXIÈME ARTICLE^{2,3} : RÉSULTATS DE RECHERCHE

La possibilité du décès par suicide d'un patient représente un risque réel dans la pratique professionnelle des thérapeutes. Les recherches empiriques, majoritairement américaines, démontrent que le pourcentage de professionnels ayant rapporté avoir vécu cet événement au cours de leur carrière est de 22 % à 39 % chez les psychologues (Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski et Muraoka, 1989; Trimble, Jackson et Harvey, 2000) et de 51 % à 82 % chez les psychiatres (Chemtob *et al.*, 1989; Cryan, Kelly et McCaffrey, 1995). Aucune donnée empirique n'existe en ce qui concerne les infirmiers(ères) en psychiatrie (Collins, 2003).

Des recherches empiriques révèlent aussi que le décès par suicide d'un patient soulève des réactions initiales aiguës chez les professionnels. Ces réactions sont d'une intensité comparable à celle rapportée par un groupe de personnes ayant vécu le décès récent d'un parent (McAdams et Foster, 2000). Des études ont observé que 49 % des psychologues et 57 % des psychiatres présentaient des symptômes de stress aigu, tels que mesurés rétrospectivement par le *Impact of Event Scale* (IES) lors des deux semaines suivant le décès par suicide de leur patient (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988a; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney et Torigoe, 1988b). L'intensité émotive évoquée semble atteindre un seuil de détresse cliniquement significatif et suggère que le décès par suicide d'un patient constitue un événement perturbant pour plusieurs professionnels. Plusieurs auteurs considèrent que cette perte constitue un risque occupationnel important voire même précurseur d'une crise personnelle et professionnelle, cet événement soulevant des réactions d'une intensité élevée et de nature complexe (Chemtob *et al.*, 1989).

² Henry, M., Séguin, M. et Drouin, M.-S. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 241-257.

³ Cet article a remporté le premier prix du 25^e anniversaire de la *Revue québécoise de psychologie* pour le meilleur article écrit par un jeune professionnel ou étudiant, le *Student Research Award* de l'*Association canadienne pour la prévention du suicide* et le Prix du public du *Salon national de la recherche universitaire*.

2.1.2 *Lacunes de la littérature empirique*

Bien qu'à ce jour plusieurs recherches aient étudié les répercussions du décès par suicide chez l'entourage de la personne décédée (parents, fratrie), peu de recherches empiriques portent sur l'impact de cet événement chez les professionnels en santé mentale ($n = 34$). Aucune recherche n'existe à ce jour sur ce thème au Québec, une absence qui contraste avec l'ampleur du taux d'incidence de suicide dans cette province.

Au plan conceptuel, il paraît exister une certaine confusion entre le construit du deuil et celui du stress post-traumatique dans la littérature scientifique. Les études mesurent tantôt des réactions de deuil et tantôt des réactions de stress post-traumatique sans véritablement faire la distinction entre les deux, malgré le fait que la majorité des études décrivent les réactions des professionnels comme étant des réactions de deuil (McAdams et Foster, 2000). Il semble donc régner une confusion conceptuelle entourant le type de réactions retrouvées chez les professionnels en santé mentale suite au décès par suicide d'un patient. Peut-on réellement affirmer que les professionnels vivent ce décès de la même façon qu'ils vivraient le suicide d'un membre de leur famille ou d'un proche? Sans vouloir minimiser l'aspect manifestement tragique que représente la perte d'un patient par suicide, tous les intervenants ne seront pas nécessairement *en deuil*, mais tous pourront vivre une réaction de stress d'intensité et de durée variable. Une remise en question des construits utilisés dans les recherches empiriques s'avère donc essentielle, afin de clarifier la nature des réactions soulevées chez les professionnels. Il semble tout à fait naturel de considérer que le décès d'un patient par suicide peut ébranler un professionnel, mais nous postulons que les réactions peuvent prendre des formes variées.

2.1.3 *Visée de la recherche*

Cette recherche de nature exploratoire vise à identifier la nature des réactions chez les professionnels en santé mentale suite au décès par suicide d'un patient, c'est-à-dire de

clarifier la confusion entourant les construits de stress, de stress aigu et de deuil. Nous souhaitons également cerner les répercussions de cet événement sur leurs pratiques professionnelles, identifier les sources de soutien utilisées et la valeur relative de ces formes de soutien.

2. 2 Méthodologie

2.2.1 Recrutement

Trois types de professions ont été recrutés pour participer à cette étude, soit : les psychiatres, les psychologues et les infirmiers(ères) en psychiatrie. Aucune limite temporelle en regard de l'événement du décès par suicide n'a été retenue, il s'agissait plutôt de répondre au questionnaire en fonction des expériences associées à leur dernier patient décédé par suicide.

Le recrutement des participants s'est fait entre janvier et juin 2003. Par l'entremise des Ordres ou associations professionnels ciblés, les membres recevaient une lettre qui présentait l'étude en cours, signée par les présidents de chaque ordre professionnel. Chaque membre a reçu un questionnaire, qu'il devait retourner par la poste ou par courrier électronique. L'envoi a été effectué à trois reprises par courrier électronique aux membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (4018 membres possédant une adresse électronique) et de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) (350 membres possédant une adresse électronique); et par la poste à trois occasions aux membres de l'Association québécoise des infirmiers et infirmières en psychiatrie et en santé mentale (AQIIP) (248 membres).

Tous les professionnels ont été sollicités pour répondre à la première partie du questionnaire, portant sur les variables sociodémographiques des professionnels (type de profession, âge, sexe, orientation théorique) et l'occurrence ou non du décès par suicide d'un

patient dans la carrière (temps de passation estimé entre 2 à 5 minutes). Pour ce qui est des professionnels ayant vécu le décès par suicide d'un patient, ils étaient encouragés à remplir tout le questionnaire (temps de passation estimé entre 30 à 60 minutes).

Lors de la construction du questionnaire, nous avons ciblé certains déterminants de la nature et de l'intensité des réactions, en nous basant sur une recension des écrits préalable (Henry et al., 2003). Les variables choisies étaient plutôt d'ordre social, puisqu'elles représentaient des dimensions négligées dans la littérature et se prêtaient bien à la méthodologie par questionnaire. Les variables étudiées comprenaient la relation avec le décédé (durée et fréquence des rencontres), la formation (théorique et clinique) et l'expérience quant à la problématique du suicide (expérience auprès de personnes suicidaires, informations sur la possibilité de perdre un patient par suicide), le stress occupationnel (poursuites légales, médiatisation de l'événement, découverte du corps du patient et réactions négatives de l'entourage du professionnel) et le soutien social. Les variables intrapersonnelles et celles associées à la relation thérapeutique ont été peu examinées dans cette étude, car leur analyse aurait nécessité un devis surtout qualitatif et des entrevues individuelles.

2.2.2 Instruments de mesure

Grief Experience Questionnaire (GEQ) : Le GEQ (Barrett et Scott, 1989) est un questionnaire auto-administré de 55 items mesurant les réactions de deuil. Ce questionnaire a été soumis à une retraduction basée sur les recommandations de Vallerand (1989). Une étude psychométrique de la validité interne de la traduction française du GEQ suite à la collecte des données fut réalisée (validité interne de la version retraduite : .96).

Impact of Event Scale (IES) : Le IES (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) est un questionnaire auto-administré de 15 items mesurant la détresse subjective suite à un événement stressant en fonction de deux sous-échelles : l'intrusion et l'évitement rattaché à l'événement traumatique. Un score global au-dessus de 19 à l'IES indique la présence d'un

état de stress aigu ou cliniquement significatif (McAdams et Foster, 2000). La version française présente une validité interne de 0,87 pour l'échelle totale, de 0,87 pour l'échelle d'intrusion et de 0,79 pour celle d'évitement (Cyr, Theriault et Wright, 1996).

Questionnaire sur les réactions professionnelles : Un questionnaire auto-administré a mesuré l'impact du décès sur les pratiques professionnelles, à un mois après le décès et au moment de la passation. Ce questionnaire totalise 23 items inspirés des réactions professionnelles répertoriées dans l'ensemble des recherches empiriques sur le sujet (Chemtob *et al.*, 1988a, 1988b; Horn, 1995). Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante (validité interne : .96 impact au premier mois, .93 impact actuel).

Questionnaire sur les variables associées : Un questionnaire a été construit afin de mesurer les variables démographiques du patient décédé par suicide (date du décès, âge, sexe, diagnostic principal), les modalités du traitement de ce patient (durée de la relation), le type du traitement (individuel, couple, famille, groupe), le rôle du professionnel dans le traitement, la date du dernier contact avec le patient, la formation théorique et l'expérience clinique quant à la problématique du suicide et enfin le stress occupationnel associé au décès (poursuites légales, médiatisation de l'événement, découverte du corps du patient décédé, réactions négatives de l'entourage).

Échelle des provisions sociales (ÉPS) (Caron, 1996; version française du *Social Provisions Scale* (SPS) (Cutrona et Russel, 1987)) : L'ÉPS est un questionnaire auto-administré de 24 items et a été construit afin d'investiguer la contribution des relations sociales dans l'adaptation au stress. L'échelle dispose d'une validité interne variant de 0,85 à 0,92 selon diverses études et populations (Caron, 1996); et une fidélité test-retest de 0,92 (Cutrona et Russel, 1987). L'ÉPS possède l'avantage d'avoir été traduite en français par Caron (1996) et validée au Québec.

Soutien reçu par les interactions et activités : Un questionnaire auto-administré de 23 items a mesuré le degré de soutien reçu par les interactions et activités. Une étude psychométrique de la validité interne de cet instrument s'est avérée satisfaisante (validité interne : .85).

À la fin du questionnaire, *quatre questions ouvertes à court développement* ont été incluses afin d'explorer les thèmes suivants : l'explication des professionnels quant aux raisons du suicide de leur patient; l'impact qu'a eu sur eux l'événement tant aux niveaux personnel que professionnel; leurs recommandations à transmettre aux collègues qui pourraient éventuellement vivre le décès d'un patient et leur intérêt à participer à un groupe de soutien composé de professionnels en santé mentale si celui-ci était disponible.

2.3 Résultats

2.3.1 Participants

Quatre cent des 4616 professionnels sollicités à participer à la recherche ont répondu à la première partie du questionnaire portant sur les variables sociodémographiques du professionnel, ce qui représente un taux de réponse de 9 %. Sur ces 400 professionnels, 141 (35 %) ont vécu le décès par suicide d'un patient et 125 de ces 141 participants (89 %) ont répondu à tout le questionnaire. Ces 125 professionnels avaient en moyenne vécu trois décès par suicide d'un patient durant leur carrière (avec une étendue allant de un à 50 décès). L'échantillon était composé de 71 psychologues (50 %), 56 infirmiers(ères) en psychiatrie (40 %) et 14 psychiatres (10 %). Les professionnels ont perdu un patient en moyenne 5 ans avant de participer à l'étude : 22 % ($n = 29$) des professionnels ont perdu un patient à un intervalle de moins d'un an et 78 % ($n = 100$) à un intervalle de plus d'un an. Il y avait 89 femmes (63 %) et 52 hommes (37 %). Leur moyenne d'âge au moment du décès était de 40 ans ($ÉT = 9,4$). Les professionnels avaient pratiqué leur profession en moyenne pendant 13 ans ($ÉT = 9,1$) et accordaient 74 % ($ÉT = 26,5$) de leur temps au service clinique direct auprès

des clients. Cent dix-neuf professionnels (84 %) travaillaient dans le secteur public et 22 (16 %) en privé. Quant aux variables associées aux patients, ceux-ci étaient répartis également entre les deux sexes (52 % hommes, 48 % femmes), avaient en deçà de 40 ans et 54 % avaient fait des tentatives de suicide antérieures. Quant aux événements survenus suite au décès, moins de 20 % des professionnels décrivent des événements négatifs après le décès (voir tabl. 2.1, p. 58).

2.3.2 Résultats préliminaires : influence du type de profession, du temps et du type de passation

Le type de profession, le temps écoulé depuis le décès par suicide du patient et le type de passation du questionnaire n'ont eu aucune influence significative sur l'intensité des réactions.

2.3.3 Le type de réactions : résultats aux échelles

Dans l'année suivant le décès de leur patient, l'ensemble des professionnels de l'étude obtiennent un score faible et normal de réactions de deuil selon le *Grief Experience Questionnaire* (GEQ) ($x = 93,7$, $ÉT = 29,8$). Seulement trois professionnels obtiennent un score pouvant être considéré comme étant moyen ou élevé sur cette échelle. La recherche indique aussi la présence de pensées suicidaires chez 10 % ($n = 12$) des professionnels et des comportements autodestructeurs chez 2 % ($n = 2$) des professionnels dans l'année suivant le décès.

Les professionnels réagissent au décès par suicide d'un patient par des réactions de stress dans le premier mois. Ils rapportent en moyenne une intensité non-clinique et normale de réactions de stress à l'*Impact of Event Scale* (IES) ($x = 18,4$, $ÉT = 14,1$). Toutefois, chez 44 % ($n = 57$) des professionnels le niveau de stress atteint une intensité telle que l'on peut parler

de stress aigu ($x = 31,5$, $\acute{E}T = 10,1$). Ce stress s'exprime davantage par l'intrusion d'idées, d'images, de souvenirs ou de sentiments liés à l'événement traumatique ($x = 19,6$, $\acute{E}T = 6,5$) que par l'évitement de ces même composantes ($x = 11,9$, $\acute{E}T = 5,7$), $t(56) = 8,5$, $p < .001$.

Les professionnels de l'étude qui vivent une réaction de *stress aigu* à l'*Impact of Event Scale* (IES) sont ceux qui : ont rencontré moins de patients suicidaires (25 et moins), $O.R. = 4,7$, $p < .01$; n'ont pas été informé préalablement quant à la possibilité de vivre le décès par suicide d'un patient dans leur carrière, $O.R. = 3,8$, $p < .05$; et ont obtenu davantage de soutien par l'entremise d'interactions et d'activités, $O.R. = 1,0$, $p < .05$.

2.3.4 Les répercussions sur les pratiques professionnelles

La majorité des thérapeutes (99 %) ont ressenti un impact d'une intensité légère à modérée sur leurs pratiques professionnelles dans le mois suivant le décès par suicide de leur patient, telles que mesurées par le *Questionnaire sur les réactions professionnelles*. Les réactions professionnelles les plus fréquemment rencontrées et qui se manifestent avec le plus d'intensité s'avèrent : une sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire (95 %); des inquiétudes accrues concernant la compétence d'évaluer ou de traiter des patients suicidaires (89 %); une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de tels patients (88 %); des pensées récurrentes quant au décès (82 %); un sentiment de culpabilité (78 %) et de responsabilité (74 %) en regard du suicide du patient; une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou des précautions accrues dans leur traitement (75 %); un intérêt accru par rapport à la problématique du suicide (73 %); une diminution de la perception de l'efficacité de la thérapie (71 %); et des pratiques de tenue de dossier plus conservatrices (68 %). Mentionnons aussi que 29 % des professionnels ont refusé temporairement de traiter des patients suicidaires et 22 % ont envisagé de quitter leur profession suite au décès.

Les professionnels vivent des répercussions sur leurs pratiques significativement moins intenses au moment de l'étude ($x = 50,6$), lorsqu'on compare cet état à l'intensité des

répercussions professionnelles un mois après le décès par suicide du patient ($x = 75,9$), $t(123) = -12,4$, $p < .001$. La majorité des professionnels restent sensibles aux indices du risque suicidaire (82 %), alors que toutes les autres répercussions sur les pratiques diminuent en termes de fréquence et d'intensité.

Il semble que les professionnels qui vivent une réaction de stress aigu dans le premier mois suite au décès rapportent également des répercussions plus intenses sur leurs pratiques professionnelles dans le premier mois ($x = 99,5$) et au moment de l'étude ($x = 62,8$), lorsqu'on les compare aux professionnels qui vivent une réaction de stress faible dans le premier mois suite au décès ($x = 56,6$ et $40,7$), $t(122) = -8,9$, $p < .001$; $t(123) = -6,3$, $p < .001$.

2.3.5 Les sources de soutien utilisées et leur valeur

En général, les professionnels perçoivent qu'ils obtiennent un soutien social élevé de la part de leur entourage dans l'année précédant le décès de leur patient, tel que mesuré par l'*Échelle des Provisions Sociales* (ÉPS) ($x = 84,7$, $ÉT = 9,5$). Suite à cet événement, les professionnels optent pour des sources de soutien variées ($x = 8$) et ce, d'autant plus que leurs réactions de stress à l'*Impact of Event Scale* (IES) sont élevées [$r(129) = .21$, $p < .05$]. Ces sources de soutien sont généralement perçues comme étant très aidantes. Le Tableau 2.2 présente ces interactions et activités, en fonction de leur fréquence et du degré de soutien perçu (voir tabl. 2.2, p. 59).

2.3.6 Questions ouvertes à court développement

Sur les 141 professionnels ayant vécu le décès par suicide d'un patient, 78 professionnels (55 %) ont répondu aux quatre questions. Leurs réponses ont été traitées par une analyse qualitative de contenu. Les réponses ont été regroupées en catégories pour ensuite en comptabiliser la fréquence relative.

Cette analyse dévoile que les professionnels de cette étude expliquent les raisons du décès par suicide de leur patient par un ensemble varié de circonstances, parmi lesquelles nous retrouvons : les problèmes psychosociaux et environnementaux ($n = 69$; 68 %); la psychopathologie, les troubles et traits de personnalité et les affections médicales ($n = 67$; 66 %); la détresse psychologique du patient et sa période de crise suicidaire ($n = 62$; 61 %).

Les résultats révèlent que les professionnels en santé mentale réagissent au décès de leur patient par une combinaison des dimensions suivantes :

1) au *niveau cognitif* ($n = 84$; 74 %) par une quête de sens générale ($n = 58$; 51 %), une réflexion philosophique ($n = 38$; 34 %), une recherche de sens quant au suicide du patient ($n = 26$; 23 %) ou la recherche d'un coupable ($n = 5$; 4 %); un apprentissage de ses limites personnelles en tant que thérapeute ($n = 36$; 32 %); des remises en question ($n = 35$; 31 %) de soi en tant que professionnel et des interventions effectuées auprès du patient ($n = 30$; 27 %), ainsi qu'une remise en question du système de santé dans les soins apportés aux personnes suicidaires ($n = 6$; 5 %);

2) au *niveau affectif* ($n = 81$; 72 %) par un impact ressenti dans la vie affective personnelle ($n = 51$; 45 %); un sentiment de responsabilité ($n = 35$; 31 %); une désillusion de la toute puissance thérapeutique, une révision de l'idéal professionnel et des attentes quant au traitement ($n = 27$; 24 %); des insécurités professionnelles ($n = 17$; 15 %) et des doutes de soi ($n = 6$; 5 %); un blâme d'autrui et une attribution externe de responsabilité ($n = 6$; 5 %); une peur du jugement, des reproches et des accusations de la part des collègues et de la famille du patient décédé ($n = 6$; 5 %);

3) au *niveau comportemental* ($n = 64$; 57 %) par une vigilance accrue quant au risque suicidaire ($n = 47$; 42 %); un perfectionnement quant à la problématique du suicide et un investissement professionnel dans la prévention du suicide ($n = 16$; 14 %); un évitement du risque d'être ré-exposé au décès par suicide d'un patient ($n = 7$; 6 %).

Quant aux recommandations à transmettre aux collègues qui pourraient éventuellement vivre le décès par suicide d'un patient ($n = 104$), elles touchent principalement le fait d'obtenir du soutien et d'éviter l'isolement ($n = 86$; 83 %); d'établir ses limites en termes de responsabilité professionnelle ($n = 25$; 24 %); d'instaurer un processus d'autopsie psychologique, de recherche de sens et tirer des enseignements de l'événement ($n = 17$; 16 %); de se permettre de réagir et se donner du temps pour s'adapter ($n = 13$; 13 %); d'établir un cadre d'intervention préventif systématique auprès des patients suicidaires ($n = 9$; 9 %); de poursuivre la pratique auprès de ce type de patients ($n = 5$; 5 %).

Cinquante-cinq pour cent ($n = 66$) des professionnels de cette étude ont manifesté leur intérêt à participer à un groupe de soutien composé d'intervenants en santé mentale ayant vécu le décès par suicide d'un patient. Les raisons les plus fréquemment évoquées pour expliquer leur intérêt consistent en des besoins de soutien ($n = 40$; 50 %); de trouver un sens à l'événement (établir les limites de sa responsabilité) ($n = 14$; 18 %); de s'adapter ($n = 13$; 16 %); d'appartenance ($n = 8$; 10 %); de briser l'isolement et le tabou entourant l'événement ($n = 5$; 6 %).

2.4 Discussion générale

Tout professionnel en santé mentale court le risque d'être confronté un jour ou l'autre à la perte d'un patient par suicide. Malgré ce risque, il apparaît que les professionnels s'adaptent adéquatement à cet événement et que leurs réactions diffèrent de celles des personnes endeuillées par suicide qui étaient proches de la personne décédée. Si l'on considère le deuil comme un processus durant lequel la personne endeuillée se détache d'un lien d'intimité, apprend à vivre sans la présence de l'autre, intériorise l'autre et rétablit graduellement de nouvelles relations d'attachements; il semble assez juste de constater que les professionnels ne vivent pas de réactions de *deuil* suite au décès par suicide d'un patient et il y a encore moins d'indication qu'ils puissent vivre un deuil complexe, contrairement à la croyance véhiculée par plusieurs écrits à ce sujet (Pieters, De Gucht, Joos, De Heyn, 2003).

Malgré le fait que les résultats démontrent la présence de pensées suicidaires chez 10 % des professionnels et des comportements autodestructeurs chez 2 % des professionnels dans l'année suivant le suicide du patient, ce qui *suggère* que certains professionnels puissent vivre une crise personnelle suite à cet événement; on ne peut pas établir de relation de cause à effet et il se peut que les idéations suicidaires ou comportements autodestructeurs ne soient pas reliés au décès par suicide du patient mais que le professionnel vivait une période de vulnérabilité personnelle au même moment. De plus, les *pensées suicidaires* peuvent se produire dans un contexte d'hypervigilance, de réflexion accrue quant au suicide et ainsi démontrer une réflexion personnelle et théorique plutôt qu'alimenter des idées suicidaires pour soi-même.

Les professionnels réagissent davantage au décès par suicide d'un patient par des réactions de stress. Ils vivent généralement une intensité non-clinique et normale de réactions de stress, malgré le fait que nous observions une intensité telle que l'on peut parler de stress aigu chez 44 % des professionnels. Tous les professionnels ne seront pas nécessairement *en deuil* ni *en état de crise* suite au décès par suicide d'un patient, mais tous pourront vivre une réaction de stress d'intensité et de durée variable.

Comment expliquer que certains professionnels vivront un stress d'intensité faible alors que d'autres, un stress aigu? Alors que plusieurs recherches démontrent une relation inversement proportionnelle entre le nombre d'années d'expérience professionnelle et l'intensité des réactions initiales rapportées à l'*Impact of Event Scale* (Courtenay et Stephens, 2001; McAdams et Foster, 2000), la présente recherche indique que l'expérience auprès de personnes suicidaires dans la pratique clinique est davantage explicative de l'intensité des réactions. Ainsi, les professionnels ont pu par l'entremise de ces expériences : anticiper l'éventualité de perdre un patient par suicide dans leur pratique, peaufiner leur capacité à évaluer le risque suicidaire et à intervenir, démystifier le suicide, réévaluer leurs attentes et leur idéal thérapeutique, établir leurs limites en termes de responsabilité et apprendre à mieux gérer leurs réactions contre-transférentielles lors de contacts avec des patients suicidaires. Il est donc important d'instaurer une formation étendue et complète sur la problématique du

suicide dès la formation universitaire, afin de mieux préparer les professionnels en santé mentale à interagir avec une personne suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide, ainsi qu'à réagir lorsqu'un patient se suicide dans sa pratique.

Une meilleure distinction quant aux différentes réactions suite au décès par suicide d'un patient serait souhaitable. Ceci dit, il nous paraît encourageant de constater que les professionnels en santé mentale réagissent avec choc et stupéfaction au décès du patient sans que l'on observe habituellement de réactions de détresse majeures. Cependant, le décès provoque un impact important dans la pratique professionnelle. Cet impact sur les pratiques peut avoir des conséquences majeures sur le traitement des patients. Par exemple, certains professionnels ne cesseront de douter de leur compétence lors de leurs contacts avec des patients suicidaires. Ces doutes pourront même inciter les professionnels à refuser le traitement de ce type de patients ou à quitter leur profession, par peur que l'événement du suicide ne se reproduise.

Il est important d'investiguer davantage les conséquences du décès par suicide d'un patient sur les pratiques professionnelles, car peu de recherches approfondissent cet aspect. Or, il est primordial de savoir si cet événement a un impact direct sur la capacité du professionnel à travailler avec ses autres patients : si le professionnel a du mal à être à l'écoute, s'il a de la difficulté à se concentrer, s'il n'arrive plus à utiliser adéquatement ses ressources, s'il est submergé par des émotions intenses et n'est plus disponible à ses autres patients. Toutes ces conséquences, qu'elles soient d'ordre personnelles ou professionnelles, peuvent générer des coûts importants tant au niveau personnel pour les thérapeutes, que pour les patients et pour la société en général. Des recherches empiriques avec groupe contrôle et des entrevues individuelles aideraient à élucider ce dernier point.

Le soutien social a été soulevé dans plusieurs études comme constituant une variable prédictive protectrice lors du vécu d'événements stressants, c'est-à-dire un facteur facilitant l'adaptation (Caron, 1996). Les professionnels de cette étude ont utilisé une variété étendue de sources de soutien afin de composer avec le décès par suicide de leur patient et ce,

d'autant plus que leurs réactions étaient fortes. Les professionnels favorisent l'aspect relationnel (discussions avec des collègues, un superviseur ou en thérapie) et les activités entreprises sont considérées comme étant aidantes (autopsie psychologique, présence aux funérailles, rencontre de la famille du patient décédé, lecture d'articles).

Les résultats de cette recherche semblent appuyer l'implantation de programmes de sensibilisation au risque de vivre le décès par suicide d'un patient et ce, dès la formation universitaire. En effet, 82 % des professionnels ont mentionné ne pas avoir reçu d'information quant à l'impact qu'ils pourraient s'attendre à vivre suite à un tel événement, un manque d'information relié à une probabilité accrue de vivre un stress aigu. Des programmes préventifs pourraient donc sensibiliser les professionnels à l'éventualité de vivre le décès par suicide d'un patient dans leur carrière, les renseigner sur les réactions habituellement manifestées, les informer sur la dimension légale impliquée et proposer des stratégies adaptées à cet événement. Foster et McAdams (1999) suggèrent un plan intégré de formation et de supervision pouvant être implanté suite au décès par suicide d'un patient. Au niveau institutionnel, mentionnons l'importance d'établir des procédures écrites formelles, claires et explicites, qui pourront encadrer les professionnels dans les moments difficiles suivant un tel décès (Hodelet et Hughson, 2001).

De plus, l'établissement de programmes de postvention auprès des professionnels ayant à vivre le décès par suicide d'un patient pourrait s'avérer bénéfique afin de les soutenir, de prévenir les réactions initiales aiguës et par conséquent, de minimiser les effets négatifs à plus long terme sur leur pratique professionnelle suite à l'incident. Ces programmes de soutien semblent particulièrement importants en pratique privée, puisque ce milieu est plus propice à l'isolement. À titre de programme envisageable, mentionnons l'établissement d'un groupe d'entraide ou d'un réseau de soutien pour les cliniciens ayant à vivre le décès par suicide d'un patient en partenariat avec les associations et/ou regroupements professionnels. Un programme de soutien destiné aux professionnels existe à cet effet aux États-Unis, nommé *Clinician Survivor Task Force* (2002), mais aucun programme de cette nature ne

semble exister au Québec. Pourtant, 55 % des professionnels de cette étude se sont montrés favorables à l'établissement d'un tel groupe d'entraide.

L'offre d'une supervision ou consultation pourrait aussi constituer une stratégie favorable afin de neutraliser le degré de répercussions négatives possibles sur la pratique des professionnels. La supervision peut s'avérer bénéfique suite à l'événement, en ce sens qu'elle peut permettre de : (1) comprendre les raisons du suicide et établir un sens au geste; (2) revoir la qualité des soins prodigués au patient; (3) composer avec l'impact personnel et professionnel du décès chez le soignant, sur les pratiques professionnelles auprès des autres patients (spécialement auprès de patients suicidaires et déprimés); (4) retirer des apprentissages de l'événement quant aux pratiques cliniques à instaurer auprès des personnes suicidaires, effectuer des changements dans la pratique individuelle et/ou institutionnelle lorsque nécessaires (Foster et McAdams, 1999; Hodelet et Hughson, 2001; Kleespies, Niles, Mori et Deleppo, 1998).

Enfin, cette recherche présente des biais pouvant limiter la validité interne et externe des résultats, qui devraient idéalement être reproduits dans un cadre prospectif et longitudinal à l'aide d'entrevues individuelles. L'utilisation de questionnaires auto-administrés comporte des limites, en ce sens qu'elle favorise un survol en surface pouvant restreindre la compréhension en profondeur du *processus expérientiel* vécu à la suite du suicide d'un patient. Par exemple, une telle profondeur d'analyse risque de détecter des différences plus fines entre les types de professionnels, dissemblances pouvant découler du type de lien établi avec le patient, de la nature de la formation clinique incluant l'étendue de l'expérience entourant la mort et le mourant. La méthodologie rétrospective employée soulève aussi des biais quant à la validité du rappel des réactions, ainsi que des biais dus à l'histoire et à la maturation des participants. De plus, malgré l'attention particulière accordée à la confidentialité, les résultats ont pu être tempérés par la désirabilité sociale des participants ou par un biais de sélection. Par exemple, il est possible que les professionnels ayant vécu les impacts les plus importants à la suite du décès par suicide d'un patient aient tempéré leurs réponses au questionnaire ou refusé de participer à la recherche ou, au contraire, y aient

répondu en plus grand nombre. L'envoi par courrier électronique a aussi pu influencer le taux de participation, rendant l'implication dans l'étude moins accessible pour tous. La longueur du questionnaire et l'absence de rémunération des professionnels ont également pu influencer leur choix de participer ou non à l'étude. Toutes ces variables peuvent expliquer le recrutement inégal des groupes selon le type de profession et le faible taux de participation à notre recherche (9 %). L'ensemble de ces limites compromet la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels en santé mentale au Québec.

Une étude qualitative avec entrevues individuelles semble essentielle afin de peaufiner le modèle de réactions en terme de processus et de mieux comprendre les répercussions de cet événement en fonction des stades de développement professionnel des thérapeutes (Rønnestad et Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad, 1992), une voie inexplorée dans la littérature empirique.

Toutefois, cette recherche constitue un progrès au plan méthodologique en ce sens qu'elle tient compte du temps écoulé depuis le décès par suicide et inclut plusieurs types de profession. De plus, cette étude constitue la seule recherche empirique au Québec sur le sujet et étudie pour la première fois les répercussions du décès par suicide d'un patient chez les infirmiers(ères) en psychiatrie.

Somme toute, le décès par suicide d'un patient représente un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale. L'intensité des réactions initiales de stress dénote une souffrance cliniquement significative chez plusieurs et il s'avère impératif de s'y attarder, tant au niveau clinique qu'empirique. La littérature scientifique sur le sujet ne reflète pas la nature et l'ampleur du phénomène à sa juste valeur, compte tenu de son incidence et de son impact chez les professionnels. Des recherches futures devraient nous aider à saisir avec plus d'acuité les répercussions possibles pour les professionnels. La compréhension dans ce domaine s'avère primordiale afin de guider les interventions facilitant l'adaptation des professionnels en santé mentale au Québec lorsqu'ils sont confrontés au décès par suicide d'un patient dans leur pratique.

Tableau 2.1
*Variables associées aux patients, au traitement, aux événements survenus suite au décès
 par suicide du patient (DSP) et à la formation
 sur la problématique du suicide*

	<i>n (x)</i>	<i>% (ÉT)</i>
<i>Variables des patients :</i>		
sexe		
masculin	69	52,3
féminin	63	47,7
âge	(36,6)	(12,5)
tentative(s) de suicide avant le décès	66	54,1
professionnels informés des idéations suicidaires du patient	92	69,7
<i>Variables du traitement :</i>		
durée de la relation		
1-5 contacts (évaluation)	36	28,1
5-12 contacts (court terme)	31	24,2
12-52 contacts (moyen terme)	37	28,9
52 contacts et + (long terme)	24	18,8
base individuelle	107	81,7
contrat de non suicide	47	36,7
<i>Événements survenus suite au décès par suicide du patient :</i>		
médiatisation de l'événement	25	19,2
découverte du corps du patient décédé	7	5,4
poursuites judiciaires	2	1,5
réactions négatives		
de la famille du patient	20	15,4
des collègues	7	5,4
du réseau personnel du professionnel	3	2,3
note de suicide	7	5,4
contenu agressif envers le professionnel	2	1,5
suivi d'autres patients suicidaires au moment du décès	89	71,8
arrêt du suivi auprès de ces patients	6	6,4
<i>Formation sur la problématique du suicide :</i>		
formation théorique	109	84,5
formation clinique	77	61,1
information quant à la possibilité de vivre le DSP	106	82,2
information sur l'impact attendu suite au DSP	23	18

Tableau 2.2
Soutien reçu par les interactions et activités

	N = 130	%	X*	ÉT
<i>Très aidant :</i>				
discussion avec un ou des collègues ayant vécu le suicide d'un patient	109	83,9	6	1,3
discussion avec le réseau personnel (famille, conjoint ou amis)	95	73,1	5,2	1,7
lecture d'un article sur le thème général du suicide	88	67,7	5,1	1,7
lecture d'un article sur le thème général du deuil par suicide	74	56,9	5,2	1,7
lecture d'un article théorique ou scientifique sur le thème du suicide d'un patient	60	46,2	5,5	1,6
lecture d'un article sur l'expérience d'un professionnel suite au suicide d'un patient	52	40	5,4	1,8
discussion avec un superviseur	52	40	5,7	1,6
participation à une discussion du suicide du patient par un groupe de collègues	51	39,2	6	1,6
aide apportée à un autre professionnel ayant à vivre le suicide d'un patient	48	36,9	5,2	1,9
présentation sur le thème du suicide lors d'un atelier ou d'une conférence	41	31,5	5,2	1,6
participation à une autopsie psychologique ou revue formelle du suicide du patient	40	30,8	5,8	1,7
discussion avec un collègue spécialisé en suicidologie	29	22,3	6,2	1,6
discussion avec un thérapeute personnel (i.e. thérapie personnelle)	29	22,3	5,7	1,8
présentation de l'histoire de cas lors d'une conférence	22	16,9	5,1	1,9
écriture d'un article sur le thème du suicide	22	16,9	5,1	2,1
présence aux funérailles du patient	15	11,5	5,5	1,6
participation à un groupe de soutien pour professionnels ayant vécu le suicide d'un patient	12	9,2	5	2,5
<i>Modérément aidant :</i>				
discussion avec un ou des collègues n'ayant pas vécu le suicide d'un patient	97	74,6	4,9	1,8
discussion avec la famille (ou amis) du patient décédé	53	40,8	5	2
discussion avec un guide spirituel (i.e. prêtre ou autre)	15	11,5	4,9	2,6
consultation d'un représentant légal (i.e. avocat, assurance professionnelle)	13	10	4,1	2,7
<i>Légalement aidant :</i>				
écriture d'un article sur le patient	10	7,7	3,9	2,5

* L'instrument de mesure comporte une échelle de Likert en 7 points, 1 = non-aidant et 7 = très aidant.

- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G. et Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients : questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Barrett, T. W. et Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Caron, J. (1996). L'échelle des Provisions Sociales : la validation québécoise du Social Provisions Scale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R. et Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide : Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides : Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- _____. (1988b). Patient suicide : Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Clinician Survivor Task Force. (2002). Therapists as survivors of suicide : Basic information. Indiana University South Bend, Department of Psychology, <http://www.iusb.edu/~imcintos/cliniciansurveydraft.html>.
- Collins, J. M. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 159-162.
- Courtenay, K. P. et Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- Cryan, E. M. J., Kelly, P. et McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19, 4-7.
- Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cyr, M., Theriault, C. et Wright, J. (1996). *Évaluation de l'impact d'un événement stressant : traduction française du Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979)*. Montréal, Québec, Canada : Université de Montréal, Département de psychologie.
- Foster, V. A. et McAdams, III, C. R. (1999). The impact of client suicide in counselor training : Implications for counsellor education and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 39(1), 22-33.

- Hodelet, N. et Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.
- Horn, P. J. (1995). Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9529644)
- Horowitz, M. J., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale : A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Kleespies, P. M., Niles, B. L., Mori, D. L. et Deleppo, J. D. (1998). Emergencies with suicidal patients (The impact on the clinician). In P. M. Kleespies (Ed.), *Emergencies in mental health practice : Evaluation and management* (p. 379-397). New York : Guilford Press.
- McAdams, III, C. R. et Foster, V. A. (2000). Client suicide : Its frequency and impact on counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 107-121.
- Pieters, G., De Gucht, V., Joos, G., De Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349.
- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development : Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 2, 181-187.
- Skovholt, T. M. et Rønnestad, M. H. (1992). *The Evolving Professional Self (Stages and Themes in Therapist and Counselor Development)*. New York : John Wiley & Sons.
- Trimble, L., Jackson, K. et Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour : Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.

CHAPITRE III

DISCUSSION SYNTHÈSE

Tout professionnel en santé mentale court le risque d'être confronté à la perte d'un patient par suicide dans sa pratique. Cette recherche exploratoire visait à identifier la nature de leurs réactions à la suite de cet événement, c'est-à-dire à clarifier les types de réactions au suicide d'un patient selon le continuum suivant : stress, stress aigu, crise personnelle et deuil. L'étude avait aussi pour but de cerner les répercussions de cet événement sur les pratiques professionnelles des thérapeutes, d'identifier les sources de soutien utilisées et la valeur relative de ces formes de soutien (Henry *et al.*, 2004).

La présente recherche suggère que les professionnels ayant participé à cette étude s'adaptent adéquatement à cet événement et que la majorité des thérapeutes vivent une résolution positive (Henry *et al.*, 2004), contrairement à ce que laisse couramment entendre la littérature, qui dépeint les réactions des professionnels comme étant très intenses et complexes (Brown, 1987a; Chemtob *et al.*, 1989; Egerton, 1988; Holden, 1978; Horn, 1994). Nos résultats vont donc à l'encontre de la tendance retrouvée dans les recherches antérieures à surestimer la valence négative de l'impact du décès par suicide d'un patient, l'intensité des réactions et leur persistance dans le temps (Goodman, 1995; Grad *et al.*, 1997; Kleespies *et al.*, 1990; Meade, 1999; Pieters *et al.*, 2003; Sanders, 1984).

Les réactions des professionnels diffèrent de celles des proches de la personne suicidée. Si l'on considère le deuil comme un processus durant lequel une personne endeuillée se détache d'un lien d'intimité, apprend à vivre sans la présence de l'autre, intériorise l'autre et rétablit graduellement de nouvelles relations d'attachement (Bowlby, 1961; Freud, 1914-15; Hanus, 1994; Henry *et al.*, 2003, 2004; Parkes, 1972; Stroebe *et al.*, 1982), il semble assez juste de constater que les professionnels ne vivent pas de réactions de *deuil* à la suite du suicide d'un patient, et il y a encore moins d'indications qu'ils puissent vivre un deuil complexe (Henry *et al.*, 2004). Les modèles de compréhension du processus de deuil ne

semblent pas s'appliquer aux réactions des professionnels dans le contexte du suicide d'un patient et nous pouvons postuler que le type de lien développé avec le patient explique cet état de fait. En effet, un ensemble de règles découlant du cadre thérapeutique délimitent le rôle réciproque de chaque partie de la dyade et régissent les échanges en psychothérapie. La relation thérapeutique se différencie donc des échanges sociaux. Les professionnels en santé mentale de notre recherche réagissent différemment des endeuillés par suicide, donc semblent généralement avoir maintenu claires les limites de leur rôle et s'être engagés auprès du patient sur une base thérapeutique. Comment expliquer la tendance à un débordement du cadre professionnel et à une intrusion de la réalité personnelle dans l'espace thérapeutique lorsque les auteurs tentent de comprendre la nature des réactions éprouvées à la suite du suicide d'un patient? Peut-être les thérapeutes les plus affectés utilisent-ils l'écriture comme moyen de soutien face au décès, leurs articles descriptifs ouvrant un espace pour partager et explorer leurs réactions. La sublimation résultante porterait les reliquats d'émotions troublantes et peindrait un portrait exacerbé de réactions.

Le processus d'adaptation que nous retrouvons chez les professionnels de notre étude peut donc être qualifié de sain, ce qui n'exclut pas la présence d'une phase initiale intense de réaction de stress. La présente recherche nous indique que 44 % des professionnels ont vécu une réaction de stress d'une intensité telle que l'on peut parler de stress aigu dans le premier mois suivant la perte (Henry *et al.*, 2004). Le présent texte consiste principalement en une réflexion sur cette phase initiale de stress. La compréhension de cette période aiguë de stress est importante, dans la mesure où les réactions vives auxquelles elle donne lieu peuvent avoir des conséquences sur le professionnel, sur l'équipe traitante et sur les autres patients en thérapie après l'événement.

Cette discussion vise aussi à explorer les raisons expliquant les lacunes dans la formation sur la problématique du suicide, alors que celle-ci semble aider à composer avec le suicide d'un patient. De façon plus spécifique, la réflexion tente d'expliquer le manque d'information que nous retrouvons chez 82 % des professionnels à l'étude quant à l'impact qu'ils pourraient s'attendre à vivre après le décès par suicide d'un patient dans leur carrière. Un tel manque

d'information a été significativement lié dans notre étude à une probabilité accrue de vivre un stress aigu (Henry *et al.*, 2004).

La personne du thérapeute a très peu été étudiée jusqu'à présent et peu de littérature existe sur ce thème (Lecomte, Savard, Drouin et Guillon, 2004; Orlinsky et Rønnestad, 2005). En raison de ce manque, nous ne pouvons qu'évoquer des hypothèses explicatives à partir de théories existantes sur le développement psychique. Cette réflexion se base sur une épistémologie analytique et s'inspire majoritairement de la théorie des relations d'objets de Klein (1968) et de Winnicott (1975), car celles-ci semblent mettre en lumière les enjeux concernés, soit ceux entourant la phase initiale d'exacerbation de réactions de stress et ceux impliquant les lacunes au niveau de la formation sur le suicide. Des références à la littérature sur le développement professionnel des thérapeutes seront aussi faites afin d'appuyer les propos exposés.

3.1 La phase initiale d'exacerbation des réactions de stress

3.1.1 *Des réactions de stress adaptées au contexte du décès par suicide d'un patient*

Les réactions initiales aiguës de stress des thérapeutes témoignent de leur humanité devant le drame que constitue la perte par suicide d'un patient. Une réaction élevée de stress peut s'avérer tout à fait normale et adéquate dans de telles circonstances tragiques, et atteste que plusieurs thérapeutes restent sensibles à l'événement malgré leur expérience quotidienne de la souffrance humaine. En fait, une absence de réactions pourrait être suspecte. Le professionnel peut se voir doublement confronté par le geste, touché d'une part par la détresse du patient suicidé et, de l'autre, par son implication particulière auprès de cette personne. Il est possible de penser que le suicide en arrive à ébranler les racines profondes d'une profession en santé mentale, soit ses archétypes fondateurs. La mythologie grecque évoque *Aesculapius* pour représenter la profession en santé (Fuller, 1959), une profession qui se base sur des principes tels que de protéger, guérir et soulager. Le suicide du patient

constitue un affront à ces principes, renvoie à une réalité décevante de notre métier et peut venir ébranler nos illusions quant à notre rôle thérapeutique et l'espace relationnel que nous déployons en clinique. Il se peut que l'impact découvert dans cette recherche ne soit pas spécifiquement lié à la perte par suicide, mais reflète bien le contexte plus général du rôle de soignant et de la responsabilité que celui-ci comporte. Rappelons que le potentiel de réactions traumatiques a aussi été décrit dans le contexte du décès de patients par d'autres causes que le suicide, par exemple par diverses maladies terminales ou suite à une faute professionnelle fatale commise par un médecin dans sa pratique (Berlinger, 2003; Wu, 2000). Le suicide d'un patient, sans être rattaché nécessairement *en réalité* à une erreur professionnelle, peut toutefois être évocateur d'un sentiment *subjectif* d'avoir failli. En dépit du fait que notre profession puisse reposer sur des principes fondateurs généraux qui se rapprochent de la mythologie, l'impact du décès restera variable d'un professionnel à l'autre et chacun aura sa façon particulière d'y réagir, selon son bagage personnel et professionnel.

3.1.2 *L'expérience auprès de personnes suicidaires dans la pratique clinique*

Il semble que tout professionnel vivra une réaction de stress dans le premier mois suivant le décès, mais tous ne réagiront pas avec la même intensité. Comment expliquer que certains professionnels vivent un faible stress pendant cette période, alors que d'autres sont aux prises avec un stress aigu? La présente recherche indique que l'expérience auprès de personnes suicidaires dans la pratique clinique explique partiellement la variation de l'intensité des réactions (Henry *et al.*, 2004). Ainsi, les professionnels ayant déjà été en contact avec des patients suicidaires ont pu, par l'entremise de ces expériences, anticiper l'éventualité de perdre un patient par suicide dans leur pratique, peaufiner leur capacité à évaluer le risque suicidaire et à intervenir, démystifier le suicide, réévaluer leurs attentes et leur idéal thérapeutique, établir leurs limites en termes de responsabilité et apprendre à mieux gérer leurs réactions contre-transférentielles lors de contacts avec des patients suicidaires. Ces modulations semblent d'ailleurs intervenir tout au long du développement professionnel. Des auteurs mentionnent l'existence d'un processus de maturation découlant d'une désillusion progressive quant à la profession (Rønnestad et Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad,

1992). Cette désillusion implique que le thérapeute devienne plus réaliste dans ses perceptions du processus thérapeutique et maîtrise davantage ses réactions contre-transférentielles dans ses interactions avec les patients rencontrés.

3.1.3 *Le narcissisme du professionnel*

Le décès par suicide d'un patient peut comporter une composante contre-transférentielle indéniable et représenter un affront narcissique pour certains thérapeutes, un véritable cheval de Troie qui soulève des enjeux importants au plan personnel. Certains auteurs ont mentionné que le narcissisme du thérapeute constitue une cible d'attaque chez plusieurs personnes suicidaires, qui peuvent tenter de réinstaller des dynamiques relationnelles passées destructrices. Les thérapeutes les plus vulnérables narcissiquement pourraient être particulièrement prédisposés à agir à leur insu, en collusion avec ces dynamiques, lorsque atteints dans leur fragilité (Maltsberger et Buie, 1974, 1989). Lorsque persistante, cette mise en acte contre-transférentielle peut provoquer un cercle vicieux, où le patient aux prises avec des idées suicidaires se sent exposé à nouveau à une figure parentale passée, incarnée par le thérapeute (Racker, 1957; Kernberg, 1997). Les réactions de haine agies peuvent se traduire, par exemple, par de la malice ou de l'aversion, alors que le thérapeute adopte le rôle d'un persécuteur qui lui est conféré par son patient. Au contraire, ce thérapeute pourrait réagir en adoptant une attitude défensive pour se protéger de ses sentiments de haine et vouloir *sauver* son patient, le surprotéger, ce qui créerait des conditions encourageant le développement d'une dépendance contre-thérapeutique chez le patient (Fox et Cooper, 1998; Hendin, 1981; Jørstad, 1987; Litman, 1994; Maltsberger, 1992; Maltsberger et Buie, 1974, 1989; Richards, 2000). Certains professionnels pourront donc développer ce que l'on nomme une *impasse thérapeutique*, en ce sens qu'ils joueront inconsciemment le rôle que leur patient suicidaire leur aura transmis. Reste à définir les conditions dans lesquelles le narcissisme du thérapeute vient interférer avec le traitement, en présence de quel type de patient, à quel moment et à quel degré. Une fois mentalisées, ces réactions contre-transférentielles pourront graduellement éclairer le thérapeute sur ses dynamiques relationnelles et celles de ses patients suicidaires (Froté et Bouchard, 1993; Kernberg, 1997; Richards, 2000).

3.1.4 L'idéal thérapeutique

La relation dite thérapeutique a fréquemment été comparée à la relation parentale (Litman, 1994; Maltzberger, 1992; Maltzberger et Buie, 1974). Elle demande au thérapeute d'être particulièrement empathique et attentif à l'autre, se centrant sur lui en laissant de côté ses propres réactions et besoins. Il est possible de penser que cette posture thérapeutique, encouragée dans le contexte de la psychothérapie, tire ses origines de l'enfance du professionnel. Plusieurs auteurs conçoivent l'orientation professionnelle comme découlant du climat familial de l'enfance (Roe, 1984; Skovholt et Rønnestad, 1992). Selon ce point de vue, l'engagement dans une carrière en santé mentale se fait sur la base d'un fantasme inconscient de réparation, où la vocation pourrait se fonder sur un désir de résoudre des blessures narcissiques passées (Glickauf-Hughes et Mehlman, 1995; Skovholt et Rønnestad, 1992). Ainsi peut se forger chez certains professionnels un idéal thérapeutique à atteindre et empreint d'un désir de réparer, voire de *sauver* (Farber, 1983; Freudenberg et Richelson, 1980; Grosch et Olsen, 1994; Hendin, 1981; Miller, 1996). Ce désir peut être ravivé en interaction avec des patients suicidaires et mener, lorsque intense et durable, à la désillusion et à l'impuissance, rendant le terrain fertile à une mise en acte contre-transférentielle. Lorsqu'un patient se suicide au cours de leur pratique clinique, de tels thérapeutes peuvent réagir par une réactivation contre-transférentielle de leurs blessures narcissiques originelles, par une recrudescence de leurs conflits infantiles non résolus. Le suicide d'un patient peut donc renvoyer à l'échec du complexe de réparation, et l'intensité des réactions, être basée sur le développement intrapsychique du thérapeute et sur les déterminants inconscients de son choix vocationnel (Litman, 1994; Maltzberger, 1992; Maltzberger et Buie, 1974).

La position schizo-paranoïde et la position dépressive sont deux phases kleinienne du développement des relations d'objet. La première consiste en une étape où les sentiments contradictoires de l'enfant envers les représentants parentaux se voient scindés, l'enfant étant incapable de faire coexister ses émotions négatives et positives envers un même objet. Il aura plutôt tendance à projeter ses sentiments négatifs à l'extérieur en demandant au parent de les contenir. Dans la mesure où le parent tolère cette projection sans trop de difficultés et la

renvoie sous une forme métabolisée l'enfant en arrivera progressivement à intégrer ses sentiments et à tolérer leur ambivalence, ce qui sera accompagné de désillusion et de deuil, propres à la position dépressive (Klein, 1968). L'enfant pourra développer à son tour une capacité de jeu, l'activité symbolique lui permettant de mieux représenter ses conflits (Winnicott, 1975). Lors d'un stress intense tel que la perte d'un patient par suicide, il est possible initialement que le professionnel régresse légèrement dans son fonctionnement et adopte des mécanismes de protection moins adaptés. À titre d'exemple, il pourra se blâmer sévèrement, ou alors projeter le blâme à l'extérieur en identifiant un bouc-émissaire dans son entourage ou en ayant peur de la réprobation de ses collègues.

L'évolution intrapsychique des thérapeutes peut s'insérer dans le cadre de leur développement professionnel, trame où peuvent se rejouer leurs conflits pendant la phase initiale suivant le suicide de leur patient. Certains thérapeutes pourront réagir aux pensées suicidaires ou au suicide de leur patient par une brève et légère réanimation de leur position schizo-paranoïde et de son cycle de projection-réintrojection (Klein, 1968). Cette reviviscence régressive peut les inciter à s'identifier aux imagos projetées de leurs patients et ce, même au-delà de la mort. L'espace transitionnel se verrait donc éclipsé au profit d'une remise en actes des conflits (Winnicott, 1975). Certains professionnels plus fragiles pourront ainsi développer des idéations suicidaires et manifester des comportements autodestructeurs, dans la mesure où le terrain y est fertile. Les professionnels ayant investi le patient de façon ambivalente peuvent présenter une *réaction mélancolique*. La perte du patient est alors suivie de son introjection, la mobilisation d'agressivité intense et le retour contre soi de cette colère par l'entremise du surmoi (Freud, 1914-15; Maltzberger, 1992).

3.1.5 Le développement professionnel

La littérature empirique nous indique que les jeunes professionnels, internes, résidents et étudiants manifestent des réactions significativement plus intenses au *Impact of Event Scale* (IES) que leurs collègues plus âgés après le suicide d'un de leur patient (Brown, 1987a,

1987b, 1989; Chemtob *et al.*, 1988; Courtenay et Stephens, 2001; Goodman, 1995; Horn, 1994; Jørstad, 1987; Kleespies *et al.*, 1993; McAdams et Foster, 2000), mais aucune recherche n'examine en profondeur cette vulnérabilité. Comment expliquer cette sensibilité à la lumière des étapes du développement de l'identité professionnelle? Les jeunes professionnels auront moins eu l'occasion d'élaborer et de faire le deuil des motivations qui les ont incités à s'investir initialement dans leur profession, d'approfondir les déterminants étiologiques de leur choix vocationnel. Ils peuvent donc s'engager plus profondément dans le désir de *sauver* et, de ce fait, pourront devenir plus vulnérables narcissiquement à la suite du suicide d'un patient, étant donné leurs aspirations élevées. Il se peut aussi que les jeunes professionnels présentent une rigidité dans leur identification aux modèles thérapeutiques, qui sont érigés en idéaux (Brown, 1989; Horn, 1994; Skovholt et Rønnestad, 1992). La difficulté initiale à tolérer l'ambiguïté implicite du travail thérapeutique peut pousser les jeunes professionnels vers une quête de certitude. L'idéal peut donc provoquer une illusion de maîtrise et d'autonomie chez les débutants, qui sont alors plus près de la position de novice impuissant que de maître (Lecomte *et al.*, 2004; Skovholt et Rønnestad, 1992). Les jeunes professionnels peuvent alors baser leurs succès sur la satisfaction du client comme critère prédominant et avoir fixé des limites moins claires dans la relation thérapeutique (Skovholt et Rønnestad, 1992). Le suicide d'un patient peut donc leur renvoyer une image d'eux-mêmes comme étant inaptes au métier de thérapeute, renforcer leurs doutes quant à leurs capacités et ébranler leurs fondations, encore en construction.

Au contraire, les professionnels plus âgés semblent généralement posséder une vision plus nuancée de la réalité et manifestent souvent une plus grande tolérance à l'incertitude et à l'ambiguïté. Un travail de réflexivité soutenu au cours de leur carrière pourra leur avoir permis d'intégrer les leçons d'humilité subies en thérapie, d'assouplir leur idéal thérapeutique et de développer une identité à la fois stable et solide (Skovholt et Rønnestad, 1992). Le désir de *sauver*, l'impuissance et la haine pourront à certains moments être vécus en interaction avec des personnes suicidaires, mais pourront être davantage contenus et, éventuellement, servir à mieux comprendre les dynamiques relationnelles des patients.

Dans le cadre de notre étude, nous constatons que 40 % des thérapeutes de notre échantillon auraient consulté un superviseur et 22 %, un thérapeute personnel, à la suite du suicide de leur patient, consultations perçues comme étant très utiles (Henry *et al.*, 2004). Ces démarches constituent une avenue potentielle de résolution des conflits auxquels le désir de *sauver* renvoie, offrir une occasion de redéfinir les déterminants sous-jacents du choix de vocation et, en conséquence, assouplir l'idéal thérapeutique. Reste à vérifier empiriquement si les jeunes professionnels se distinguent par leurs réactions au suicide d'un patient en fonction de leur investissement passé ou non dans un processus de thérapie personnelle.

3.1.6 La révision d'un idéal professionnel

Le degré perçu de responsabilité dans le suicide d'un patient peut découler du niveau auquel le sentiment de puissance thérapeutique est intégré aux idéaux. Il est alors possible pour certains professionnels de vivre un deuil d'une autre nature à la suite du suicide d'un patient : le deuil d'un idéal de soi et thérapeutique. En effet, 24 % des professionnels de notre étude mentionnent avoir vécu une désillusion quant à leur toute-puissance thérapeutique après l'événement (Henry *et al.*, 2004). Ainsi, il serait plus adéquat et valide de parler d'un processus de *révision d'un idéal professionnel* plutôt que d'aborder la question sous l'angle du deuil d'une relation. Si cette révision d'idéal semble faire partie intégrante d'un processus normal et graduel de développement des professionnels en santé mentale en général, reste qu'il peut être intensifié à la suite d'un incident critique spécifique tel que le suicide d'un patient. La désillusion, habituellement, a lieu progressivement au cours de l'intégration des expériences personnelles et professionnelles acquises en thérapie. Ce processus de maturation peut se traduire par une vision plus nuancée de la thérapie et du rôle professionnel y étant relié. Toutefois, certains professionnels seront confrontés au suicide d'un patient alors qu'ils sont en début de carrière, ce qui pourra venir ébranler leurs illusions initiales de façon précoce et drastique (Rønnestad et Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad, 1992). D'autres professionnels pourront manifester des difficultés accrues, car leur idéal thérapeutique est lié à leurs aspirations de réparation personnelle (Miller, 1996). La façon dont les professionnels

réagissent au suicide d'un patient pourrait dépendre à la fois du stade de développement professionnel qu'ils ont atteint et de leurs dynamiques intra et interpersonnelles.

3.2 Les lacunes entourant la formation sur la problématique du suicide

Les professionnels de l'étude qui vivent une réaction de stress aigu à l'*Impact of Event Scale* (IES) sont ceux qui, non seulement ont rencontré moins de patients suicidaires, mais n'ont pas été informés préalablement sur la possibilité de vivre le suicide d'un patient dans leur carrière. Il est donc important d'instaurer systématiquement une formation étendue et complète sur la problématique du suicide dès la formation universitaire, afin de mieux préparer les professionnels en santé mentale à interagir avec une personne suicidaire ou ayant fait une tentative de suicide, ainsi que de les sensibiliser au risque de vivre le suicide d'un patient dans leur pratique. Cette formation est d'autant plus importante que les idéations suicidaires des patients, les tentatives de suicide et le suicide de ceux-ci sont perçus comme étant les événements les plus stressants pour les professionnels (Menninger, 1990; Pope et Tabachnick, 1994), mise à part l'agression physique (Rodolfa, Kraft et Reilley, 1988).

Les programmes universitaires visent à préparer les professionnels en santé mentale à une pratique auprès d'une population souvent considérée comme étant à risque d'idéations et de comportements suicidaires. Comment alors expliquer les lacunes en ce qui a trait à la formation sur la problématique du suicide au sein de tels programmes? Plusieurs raisons peuvent être évoquées : l'angoisse de la mort et les fantasmes d'omnipotence ont pu vaincre l'objectivité du milieu universitaire, en ce sens que le suicide peut représenter un véritable échec thérapeutique et un drame humain qui porte le potentiel de soulever des enjeux cruciaux chez les professionnels traitants.

Il est possible de penser que l'image d'omnipotence est inconsciemment renforcée et maintenue par la culture professionnelle, qui veut protéger ses idéaux et qui renforce potentiellement ainsi à son tour la tendance initiale des jeunes professionnels à idéaliser. Sous

ce sentiment de toute-puissance peut se retrouver une impuissance à prévenir le suicide et une paralysie quant à la façon d'intervenir. Le postulat selon lequel les conflits intrapsychiques se rejouent sur la scène professionnelle nous renvoie au questionnement suivant : comment notre culture professionnelle s'est-elle développée, à quel stade se trouve-t-elle et quelle est son influence sur ses membres et leur développement? Depuis la Renaissance, en cette ère d'expansion scientifique et intellectuelle, il est probable que notre profession se voit elle-même forcée de se remettre en question face à cette problématique complexe que constitue le suicide. Peu de programmes semblent efficaces dans leur ensemble pour prévenir ces décès prématurés, ce qui renvoie à l'échec du système actuel de soins en santé mentale et peut constituer une blessure narcissique en soi pour certaines professions y étant liées. Ce conflit autour d'un relatif manque de données probantes peut être évité et relégué à l'oubli. Plusieurs professionnels peuvent aussi avoir vécu le suicide d'un membre de leur entourage personnel et ainsi éviter d'aborder le thème du suicide, effrayés par la charge émotive y étant reliée.

3.3 Implications cliniques

Il semble qu'une meilleure distinction des différentes réactions vécues à la suite du suicide d'un patient soit souhaitable. Certains auteurs mentionnent qu'il existe deux types de thérapeutes : ceux qui ont par le passé vécu le suicide d'un patient et ceux qui le vivront dans le futur (Brown, 1989; Meade, 1999). Au-delà du cynisme intrinsèque d'une telle position, il est légitime de considérer le suicide d'un patient comme un événement quasi incontournable dans une carrière en santé mentale et duquel les professionnels peuvent sortir fortifiés s'ils y font face de façon constructive. Des modèles diversifiés doivent être utilisés pour rendre compte avec davantage de précision de la variété des réactions des professionnels à la suite du suicide d'un patient et des différentes situations dans lesquelles l'événement peut survenir.

Préalablement au déploiement d'un plan d'intervention après le suicide d'un patient, il sera nécessaire d'évaluer si le professionnel présente des réactions de stress temporaire, de stress aigu, un trouble de stress post-traumatique, des réactions associées à une période de

crise, une révision d'aspirations et d'idéal ou des réactions associées au deuil. Cette évaluation sera indispensable pour permettre au professionnel de bénéficier d'un soutien adéquat et adapté, tant dans sa nature que dans son intensité. Par exemple, un professionnel souffrant de stress aigu à la suite de la découverte du corps du patient sur l'unité psychiatrique d'un hôpital pourra bénéficier d'une intervention brève de type *debriefing*, alors qu'un professionnel aux prises avec une révision de son idéal thérapeutique pourra quant à lui profiter d'un soutien à plus long terme, comme celui retrouvé dans un groupe d'entraide. Les modèles d'intervention déployés devraient être flexibles et tenir compte de la spécificité réactive de chaque individu ainsi que de son cheminement professionnel (Henry *et al.*, 2004).

3.4 Limites de l'étude

Cette recherche présente des biais pouvant limiter la validité interne et externe des résultats, qui devraient idéalement être reproduits dans un cadre prospectif et longitudinal à l'aide d'entrevues individuelles. L'utilisation de questionnaires auto-administrés comporte des limites, en ce sens qu'elle favorise un survol en surface pouvant restreindre la compréhension en profondeur du *processus expérientiel* vécu à la suite du suicide d'un patient. Par exemple, une telle profondeur d'analyse risque de détecter des différences plus fines entre les types de professionnels, dissemblances pouvant découler du type de lien établi avec le patient, de la nature de la formation clinique incluant l'étendue de l'expérience entourant la mort et le mourant. La méthodologie rétrospective employée soulève aussi des biais quant à la validité du rappel des réactions, ainsi que des biais dus à l'histoire et à la maturation des participants. De plus, malgré l'attention particulière accordée à la confidentialité, les résultats ont pu être tempérés par la désirabilité sociale des participants ou par un biais de sélection. Par exemple, il est possible que les professionnels ayant vécu les impacts les plus importants à la suite du décès par suicide d'un patient aient tempéré leurs réponses au questionnaire ou refusé de participer à la recherche ou, au contraire, y aient répondu en plus grand nombre. L'envoi par courrier électronique a aussi pu influencer le taux de participation, rendant l'implication dans l'étude moins accessible pour tous. La longueur

du questionnaire et l'absence de rémunération des professionnels ont également pu influencer leur choix de participer ou non à l'étude. Toutes ces variables peuvent expliquer le recrutement inégal des groupes selon le type de profession et le faible taux de participation à notre recherche (9 %). L'ensemble de ces limites compromet la généralisation des résultats à l'ensemble des professionnels en santé mentale au Québec.

Cette recherche constitue un progrès au plan méthodologique, en ce sens qu'elle inclut plusieurs types de professions et examine l'impact de nouvelles variables sur l'intensité des réactions au suicide d'un patient. Ainsi, elle facilite la généralisation potentielle des résultats à un ensemble varié de professionnels en santé mentale. De plus, cette étude constitue la seule recherche empirique au Québec sur le sujet et étudie pour la première fois les répercussions du suicide d'un patient chez les infirmiers(ères) en psychiatrie. Il est possible que les infirmiers(ères) en psychiatrie soient perçus comme ayant un degré de responsabilité moindre dans le suicide d'un patient, d'où l'absence de recherche auprès de cette profession. Pourtant, rien n'indique, dans la présente étude, qu'ils puissent réagir en se sentant moins interpellés par l'événement. Enfin, les résultats de cette recherche relativisent la croyance selon laquelle tout professionnel en santé mentale répond au décès par suicide d'un patient par une profonde détresse. Ils présentent plutôt un large spectre de répercussions possibles, traduisant une capacité d'adaptation non négligeable de la part des intervenants.

3.5 Perspectives futures

Un cadre prospectif et longitudinal à l'aide d'entrevues individuelles aiderait à approfondir les résultats de la présente recherche, à atténuer les limites de la méthodologie par questionnaires et à mieux comprendre le processus des réactions des professionnels à la suite du suicide d'un patient. Les résultats d'une telle recherche fourniraient aussi une base d'expériences pouvant servir à normaliser le vécu des thérapeutes après cet événement.

3.5.1 Répercussions sur le développement professionnel

Des entrevues individuelles semblent essentielles pour peaufiner le modèle de réactions en termes de processus et mieux comprendre les répercussions de cet événement sur le développement professionnel des thérapeutes (Orlinsky et Rønnestad, 2005; Rønnestad et Skovholt, 2001; Skovholt et Rønnestad, 1992), une voie inexplorée dans la littérature empirique. Par exemple, les réactions des thérapeutes à la suite du suicide d'un patient varient-elles en fonction de leur stade de développement professionnel? Quelles sont les réactions typiquement retrouvées chez les jeunes professionnels et comment se distinguent-elles de celles rencontrées chez les thérapeutes plus expérimentés? Des instruments de mesure pourraient être jumelés aux entrevues. Ils examineraient l'influence des variables les plus susceptibles d'influencer la nature et l'intensité des réactions éprouvées à la suite du décès, soient le *locus* de contrôle du professionnel (Rotter, 1966), ses idéaux thérapeutiques (par exemple, ses croyances irrationnelles quant au traitement; Forney, Wallace-Schutzman et Wiggers, 1982) et la sévérité de ses autocritiques (par exemple, la rigidité de ses principes éthiques ou la présence d'un *introject* hostile; Benjamin, 1988, 2003). Des études en cours examinent un ensemble de facteurs, dont le lieu de contrôle interne, l'idéal thérapeutique élevé et la tendance aux autocritiques sévères, qui prédisposeraient davantage au développement de réactions initiales aiguës.

3.5.2 Conséquences sur les pratiques professionnelles

Il nous paraît encourageant de constater que les professionnels en santé mentale réagissent avec choc et stupéfaction au décès du patient sans que l'on observe habituellement de réactions de détresse majeures. Cependant, le suicide d'un patient a un impact important sur la pratique professionnelle, impact qui peut avoir des conséquences majeures sur le traitement des patients. La présente recherche démontre que 99 % des thérapeutes ont modifié leurs pratiques professionnelles dans le mois suivant le décès. Les réactions professionnelles les plus fréquemment rencontrées et qui se manifestent avec le plus

d'intensité s'avèrent : une sensibilité accrue aux indices du risque suicidaire, des inquiétudes accrues concernant la compétence d'évaluer ou de traiter des patients suicidaires, une anxiété accrue lors de l'évaluation ou du traitement de tels patients, des pensées récurrentes concernant le décès, un sentiment de culpabilité et de responsabilité en regard du suicide du patient, une tendance accrue à hospitaliser des patients suicidaires ou des précautions accrues dans leur traitement, un intérêt accru pour la problématique du suicide, une diminution de la perception de l'efficacité de la thérapie, et des pratiques de tenue de dossier plus conservatrices. Mentionnons aussi que 29 % des professionnels ont refusé temporairement de traiter des patients suicidaires et que 22 % ont envisagé de quitter leur profession à la suite du décès (Henry *et al.*, 2004).

Il est important d'examiner plus rigoureusement les conséquences du suicide d'un patient sur les pratiques professionnelles et la santé au travail, car peu de recherches approfondissent systématiquement cet aspect en terme d'intensité, de durée et de fréquence. Des études empiriques avec groupe contrôle et entrevues individuelles aideraient à élucider ce dernier point (Henry *et al.*, 2004). Des recherches pourraient par exemple étudier les répercussions du décès par suicide d'un patient sur le jugement clinique ultérieur des professionnels. La ligne est mince entre la culture du blâme et celle de la banalisation du geste. Ces deux attitudes potentielles face au suicide d'un patient peuvent porter atteinte à la possibilité qu'il y ait un apprentissage constructif à la suite du suicide et méritent d'être étudiées dans de futures recherches. Il nous est permis de penser que ces deux attitudes, d'une part de sur-responsabilisation et, de l'autre, de déresponsabilisation, invalident les remises en question et les émotions y étant associées et rend le terrain fertile à des glissements dans les pratiques auprès des autres patients en thérapie.

3.5.3 Réactions de détresse élevée

Malgré la faible fréquence de réactions complexes retrouvées chez les professionnels en santé mentale de notre étude, certains manifestent des indices de détresse élevée : 10 % des

participants ont pensé au suicide et 2 % ont posé des gestes autodestructeurs dans l'année suivant le décès (Henry *et al.*, 2004). Même si loin d'être généralisées, la présence de ces réactions dites *mélancoliques* (Freud, 1914-15, Maltzberger, 1992) mérite une attention supplémentaire dans de futures recherches. Les réactions mélancoliques peuvent aussi se manifester par la dépression, le découragement, la perte d'estime de soi, les autocritiques sévères, la rage, les tentatives de provoquer des punitions de la part d'autrui et une incapacité accrue de reconnaître, de comprendre et d'utiliser la haine dans le contre-transfert lors du traitement de personnes suicidaires (Maltzberger, 1992). Toutes ces répercussions peuvent entraîner des conséquences importantes auprès des patients en consultation, un impact qui doit encore être examiné empiriquement (Ables, 1974; Ballenger, 1978; Chiles, 1974; Dunne, 1987; Graves, 1978; Reynolds, Jennings et Branson, 1997; Simon, 1986; Soreff, 1975). Ces réactions pourraient être mieux comprises en étant liées à certaines structures de personnalité des professionnels.

Les thérapeutes ayant subi le suicide d'un patient pourront toutefois arriver à initier un processus d'adaptation favorable s'ils entament un travail introspectif menant à la perlaboration des complexes inconscients soulevés par le décès. Un devis qualitatif pourrait davantage explorer chez les thérapeutes l'influence des dimensions intrapsychiques et interpersonnelles sur la valence de la perte d'un patient par suicide. Des rencontres individuelles permettraient d'accéder à un matériel riche et d'examiner le rôle de la vulnérabilité personnelle préalable du professionnel, des événements concomitants dans sa vie personnelle, du type de lien thérapeutique établi avec le patient et du degré d'ambivalence dans cette relation, de l'investissement et de l'engagement subjectif du professionnel dans le traitement, de sa perception de son rôle auprès du patient et de ses objectifs thérapeutiques, etc.

3.6 Conclusion

Somme toute, le décès par suicide d'un patient représente un événement significatif dans la carrière des professionnels en santé mentale, au point où il s'accompagne d'une période initiale de détresse et de changements dans la pratique clinique. L'intensité des réactions initiales semble normale et adaptée, étant donné les circonstances tragiques, et il est important de s'y attarder, tant au niveau clinique qu'empirique. Des recherches futures devraient nous aider à saisir avec plus d'acuité les répercussions possibles sur les professionnels. Leur compréhension s'avère primordiale afin de guider les interventions facilitant l'adaptation des professionnels en santé mentale au Québec lorsqu'ils sont confrontés au suicide d'un patient dans leur pratique.

RÉFÉRENCES

- Ables, B. S. (1974). The loss of a therapist through suicide. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 13, 143-152.
- Alexander, D. A., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G. et Eagles, J. M. (2000). Suicide by patients : questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1571-1574.
- Barrett, T. W. et Scott, T. B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Benjamin, L. S. (1988). Short form Intrex user's manual. Madison, WI : Intrex Interpersonal Institute.
- _____. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, 2nd edition. New York : Guilford Press.
- Berlinger, N. (2003). Broken stories : Patients, families, and Clinicians after Medical Error. *Literature and Medicine*, 22(2), 230-240.
- Berman, A. L. (1995). « To engrave herself on all our memories; to force her body into our lives » : The impact of suicide on psychotherapists. In B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (p. 85-99). New York : Springer Publishing Company.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42, 317-340.
- Brown, H. N. (1987a). Patient suicide during residency training (1) : Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11(1), 201-206.
- _____. (1987b). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28(2), 101-112.
- _____. (1989). Patient suicide and therapists in training. In D. Jacobs et H. N. Brown (Eds.), *Suicide (Understanding and responding)* (p. 415-434). Madison, Connecticut : International Universities Press.
- Bultema, J. K. (1994). Healing process for the multidisciplinary team : Recovering post-inpatient suicide. *Journal of Psychosocial Nursing*, 32(2), 19-24.
- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe : essai sur l'absurde*. Paris : Gallimard.
- Caron, J. (1996). L'échelle des Provisions Sociales : la validation québécoise du Social Provisions Scale. *Santé mentale au Québec*, 21(2), 158-180.

- Carter, R. E. (1971). Some effects of client suicide on the therapist. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 8(4), 287-289.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Bauer, G., Kinney, B. et Torigoe, R. Y. (1988a). Patients' suicides : Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- _____. (1988b). Patient suicide : Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Chemtob, C. M., Bauer, G., Hamada, R. S., Pelowski, S. R. et Muraoka, M. Y. (1989). Patient suicide : Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 20(5), 294-300.
- Chiles, J. A. (1978). Patient reactions to the suicide of a therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 115-121.
- Clinician Survivor Task Force. (2002). Therapists as survivors of suicide : Basic information. Indiana University South Bend, Department of Psychology, <http://www.iusb.edu/~imcintos/cliniciansurveydraft.html>.
- Collins, J. M. (2003). Impact of patient suicide on clinicians. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 9(5), 159-162.
- Cooper, C. (1995). Psychiatric Stress Debriefing (Alleviating the impact of patient suicide and assault). *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(5), 21-25.
- Cotton, P. G., Drake, R. E., Whitaker, A. et Potter, J. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 34(1), 55-59.
- Courtenay, K. P. et Stephens, J. P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25, 51-52.
- Cryan, E. M. J., Kelly, P. et McCaffrey, B. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19, 4-7.
- Cutrona, C. E. et Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, 1, 37-67.
- Cyr, M., Theriault, C. et Wright, J. (1996). *Évaluation de l'impact d'un événement stressant : traduction française du Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979)*. Montréal, Québec, Canada : Université de Montréal, Département de psychologie.
- Dewar, I., Eagles, J., Klein, S., Gray, N. et Alexander, D. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24(1), 20-23.

- Dexter-Mazza, E. T. et Freeman, K. A. (2003). Graduate training and the treatment of suicidal clients : The student's perspective. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 33(2), 211-218.
- Dunne, E. J. (1987). Surviving the suicide of a therapist. In E. J. Dunne, J. L. McIntosh et K. L. Dunne-Maxim (Eds.), *Suicide and its aftermath : Understanding and counseling the survivors* (p. 142-148). New York : W. W. Norton.
- Eagles, J. M., Klein, S., Gray, N. M., Dewar, I. G. et Alexander, D. A. (2001). Role of psychiatrists in the prediction and prevention of suicide : A perspective from north-east Scotland. *British Journal of Psychiatry*, 178, 494-496.
- Egerton, W. L. (1988). The experience of the therapist when a patient commits suicide. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 8911770)
- Ellis, T. E. et Dickey, T. O. (1998). Procedures surrounding the suicide of a trainee's patient : A national survey of psychology internships and psychiatry residency programs. *Professional Psychology : Research and Practice*, 29(5), 492-497.
- Ellis, T. E., Dickey, T. O. et Jones, E. C. (1998). Patient suicide in psychiatry residency programs (A national survey of training and postvention practices). *Academic Psychiatry*, 22(3), 181-189.
- Farber, B. A. (1983). Dysfunctional Aspects of the Psychotherapeutic Role, In *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (p. 97-118). New York : Pergamon Press Inc.
- Forney, D., Wallace-Schutzman, F. et Wiggers, T. (1982). Burnout among career development professionals : Preliminary finding and implications. *Personnel & Guidance Journal*, 60, 435-439.
- Foster, V. A. et McAdams, III, C. R. (1999). The impact of client suicide in counselor training : Implications for counsellor education and supervision. *Counselor Education and Supervision*, 39(1), 22-33.
- Fox, R. et Cooper, M. (1998). The effects of suicide on the private practitioner : A professional and personal perspective. *Clinical Social Work Journal*, 26(2), 143-157.
- Freud, S. (1914-15). Deuil et mélancolie, in *Œuvres complètes (psychanalyse), volume XIII (1914-1915)*, (p. 259-278). Paris : Presses Universitaires de France.
- Freudenberger, H. J. et Richelson, G. (1980). *Burn-out (The High Cost of High Achievement)*. New York : Anchor Press.
- Froté, P. et Bouchard, M.-A. (1993). Le contre-transfert : d'obstacle à instrument, *Psychothérapies*, 3, 145-160.

- Fuller, E. (1959). *Volume One: The Age of Fable, or Stories of Gods and Heroes*. New-York : Dell Publishing Company Inc.
- Garb, H. N. (1998). Clinical judgment. In H. N. Garb (Ed.), *Studying the clinician : Judgment research and psychological assessment* (p. 173-206). Washington : American Psychological Association.
- Gitlin, M. J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1630-1634.
- Glickauf-Hughes, C. et Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy*, 32(2), 11-19.
- Godfroid, I. O. (2001). La violence, le désir et la mort. Réflexions sur trois tabous en psychiatrie. *L'encéphale*, 27, 22-27.
- Goldstein, L. S. et Buongiorno, P. A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-398.
- Goodman, J. H. (1995). How therapists cope with client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9705345)
- Grad, O. T. (1996). Suicide : How to survive as a survivor? *Crisis*, 17(3), 136-142.
- Grad, O. T., Zavasnik, A. et Groleger, U. (1997). Suicide of a patient : Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Graves, J. S. (1978). Adolescents and their psychiatrist's suicide : A study of shared grief and mourning. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(3), 521-532.
- Grosch, W. N. et Olsen, D. C. (1994). *When helping starts to hurt (A new look at burnout among psychotherapists)*. New-York : W.W. Norton & Company, Inc.
- Gutheil, T. G. (1999). Liability issues and liability prevention in suicide. In D. G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (p. 561-578). San Fransisco : Jossey-Bass Publishers.
- Halligan, P. et Corcoran, P. (2001). The impact of patient suicide on rural general practitioners. *British Journal of General Practice*, 51, 295-296.
- Hanus, M. (1998). Le travail de deuil. In H. Amar, C. Couvreur et M. Hanus (Eds.), *Le deuil* (p. 13-32). Paris : Presses Universitaires de France.
- Hanus, M. (2003). *Les deuils dans la vie (deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant)*. Paris : Éditions Maloine.

- Harris, E. C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorder : A meta analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hendin, H. (1981). Psychotherapy and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 35(4), 469-481.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P. et Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Henn, R. F. (1978). Patient suicide as part of psychiatric residency. *American Journal of Psychiatry*, 135(6), 745-746.
- Henry, M., Séguin, M. et Drouin, M.-S. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 227-242.
- _____. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 241-257.
- Hodelet, N. et Hughson, M. (2001). What to do when a patient commits suicide. *Psychiatric Bulletin*, 25, 43-45.
- Holden, L. D. (1978). Therapist response to patient suicide : Professional and personal. *Journal of Continuing Education in Psychiatry*, 39(5), 23-32.
- Horn, P. J. (1994). Therapist psychological adaptation to patient suicide. *Psychotherapy*, 31, 190-195.
- _____. (1995). Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9529644)
- Horowitz, M. J., Wilner, N. et Alvarez, W. (1979). Impact of event scale : A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Howard, E. L. (2000). Incidence and impact of client suicide on health service providers in psychology. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 9985639)
- Jørstad, J. (1987). Some experience in psychotherapy with suicidal patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 76-81.
- Joyce, B. et Wallbridge, H. (2003). Effects of suicidal behavior on a psychiatric unit nursing team. *Journal of Psychosocial Nursing*, 41(3), 14-23.
- Kahne, M. J. (1968). Suicide among patients in mental hospitals (A study of the psychiatrists who conducted their psychotherapy). *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 32-43.

- Kayton, L. et Freed, H. (1967). Effects of a suicide in a psychiatric hospital. *Archives of General Psychiatry*, 17, 187-194.
- Kernberg, O. (1997). Le contre-transfert. In O. Kernberg (Ed.), *Les troubles limites de la personnalité* (p. 77-98). Paris : Éditions Durod.
- Kleespies, P. M. (1993). The stress of patient suicidal behavior : Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(4), 477-482.
- Kleespies, P. M. et Dettmer, E. L. (2000). The stress of patient emergencies for the clinician : Incidence, impact, and means of coping. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1353-1369.
- Kleespies, P. M., Niles, B. L., Mori, D. L. et Deleppo, J. D. (1998). Emergencies with suicidal patients (The impact on the clinician). In P. M. Kleespies (Ed.), *Emergencies in mental health practice : Evaluation and management* (p. 379-397). New York : Guilford Press.
- Kleespies, P. M., Penk, W. E. et Forsyth, J. P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training : Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(3), 293-303.
- Kleespies, P. M., Smith, M. R. et Becker, B. R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors : Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology : Research and Practice*, 21(4), 257-263.
- Klein, M. (1968). *Envie et gratitude*. Paris : Éditions Gallimard.
- Lapp, G. E. (1986). Therapists' response to client suicide. *Dissertation Abstracts International*. (UMI No. 8621174)
- Larouche, L. M. (1999). Troubles reliés au stress intense. In P. Lalonde, J. Aubut, F. Grunberg et al. (Eds.), *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale, Tome I : Introduction et syndromes cliniques* (p. 378-395). Montréal (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin M.-S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C. et al. (1994). Suicide and mental disorders: A case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*, 151 (7), 1063-1068.

- Linke, S., Wojciak, J. et Day, S. (2002). The impact of suicide on community mental health teams : findings and recommendations. *Psychiatric Bulletin*, 26, 50-52.
- Litman, R. E. (1964). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19, 570-576.
- _____. (1994). Psychotherapists' orientations towards suicide. In H. L. P. Resnik, *Suicidal Behaviors (Diagnosis and management)* (p. 356-363). United States : Jason Aronson Inc.
- Little, J. D. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide : What happened and what should we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(2), 162-167.
- Maltsberger, J. T. (1992). The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist. In D. Jacobs (Ed.), *Suicide and clinical practice* (p. 169-182). Washington : American Psychiatric Press Inc.
- Maltsberger, J. T. et Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 30, 625-633.
- _____. (1989). Common errors in the management of suicidal patients. In D. Jacobs et H. N. Brown (Eds.), *Suicide : Understanding and Responding*. Madison, CT : International Universities Press.
- McAdams, III, C. R. et Foster, V. A. (2000). Client suicide : Its frequency and impact on counsellors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 107-121.
- Meade, J. F. (1999). A counselor's journey of loss and healing after losing a client to suicide. *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill*, 10(2), 30-31.
- Menninger, W. W. (1990). Anxiety in the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 232-246.
- _____. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic (A Journal for the Mental Health Professions)*, 55, 216-227.
- Michel, K., Armson, S., Fleming, G., Rosenbauer, C. et Takahashi, Y. (1997). After suicide : Who counsels the therapist? (Report from a workshop at the 29th Congress of the IASP). *Crisis*, 18(3), 128-140.
- Midence, K., Gregory, S. et Stanley, R. (1996). The effects of patient suicide on nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 115-120.
- Miller, A. (1996). *L'avenir du drame de l'enfant doué*. Paris : Presses Universitaires de France.

- Mościcki, E.K. (1999). Epidemiology of suicide. In D.G. Jacobs (Ed.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (p. 40-51). San Francisco : Jossey-Bass Publishers.
- Nietzsche, F.W. (1885-86). *Par delà le bien et le mal : prélude d'une philosophie de l'avenir*. Chapitre IV : Maximes et intermèdes, section 146. Éditions Mercure de France.
- Orlinsky, D. E. et Rønnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop (A Study of Therapeutic Work and Professional Growth)*. Washington : American Psychological Association.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement Studies of Grief in Adult Life*. Pelican Books.
- Pieters, G., De Gucht, V., Joos, G. et De Heyn, E. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18, 345-349.
- Pilkinton, P. et Etkin, M. (2003). Encountering suicide : The experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 27(2), 93-99.
- Pope, K. S. et Tabachnick, B. G. (1994). Therapist's anger, hate, fear, and sexual feelings : National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology : Research and Practice*, 24(2), 142-152.
- Racker, H. (1957). The Meanings and uses of countertransference. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 303-357.
- Rando, T.A. (1984). *Grief, dying and death: Clinical interventions for caregivers*. Champaign, IL : Research Press.
- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients : some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.
- Resnik, H. L. P. (1969). Psychological resynthesis : A clinical approach to the survivors of a death by suicide. In E. S. Schneidman et M. Ortega (Eds.), *Aspects of depression* (p. 213-224). Boston : Little, Brown.
- Reynolds, J., Jennings, G. et Branson, M. L. (1997). Patient's reactions to the suicide of a psychotherapist. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(2), 176-181.
- Rodolfa, E. R., Kraft, W. A. et Reilley, R. R. (1988). Stressors of professionals and trainees at APA-approved counselling and VA medical center internship sites. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(1), 43-49.

- Roe, A. (1984). Personality development and career choice. In D. Brown et L. Brooks (Eds.), *Career choice and development* (p. 31-54), San Francisco : Jossey-Bass.
- Rønnestad, M. H. et Skovholt, T. M. (2001). Learning arenas for professional development : Retrospective accounts of senior psychotherapists. *Professional Psychology : Research and Practice*, 2, 181-187.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies of internal vs. external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(609).
- Ruben, H. L. (1990). Surviving a suicide in your practice. In S. J. Blumenthal et D. J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle : Risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients* (p. 619-636). Washington DC : American Psychiatric Press.
- Sacks, M. H., Kibel, H. D., Cohen, A. M., Keats, M. et Turnquist, K. N. (1987). Resident response to patient suicide. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4), 217-226.
- Saint-Laurent, D. et Bouchard, C. (2004). *L'épidémiologie du suicide au Québec : Que savons-nous de la situation récente?* Québec : Institut national de santé publique du Québec, 44p.
- Salovey, P. et Turk, D. C. (1991). Clinical judgment and decision-making. In C. R. Snyder et D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspectives* (p. 416-437). New York : Pergamon Press.
- Sanders, C. M. (1984). Therapists, too, need to grieve. *Death Education*, 8, 27-35.
- Schnur, D. B. et Levin, E. H. (1985). The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents. *Journal of Psychiatric Education*, 9, 127-136.
- Séguin, M. et Brunet, A. (1999). Les pertes et le deuil : réactions typiques et atypiques. In E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant (Eds.), *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent (Approche intégrative)* (p. 577-593). Montréal (Québec) : Gaëtan Morin Éditeur.
- Séguin, M. et Fréchette, L. (1999). *Le deuil (Une souffrance à comprendre pour mieux intervenir)*. Montréal (Québec) : Les Éditions Logiques.
- Séguin, M. et Huon, P. (1999). Conséquences du suicide chez les proches. In M. Séguin et P. Huon (Eds.), *Le suicide (Comment prévenir, comment intervenir)* (p. 147-162). Outremont (Québec) : Les Éditions Logiques.
- Simon, W. (1986). Suicide among physicians : Prevention and postvention. *Crisis*, 7, 1-13.
- Skovholt, T. M. et Rønnestad, M. H. (1992). *The Evolving Professional Self (Stages and Themes in Therapist and Counselor Development)*. New York : John Wiley & Sons.

- Soreff, S. M. (1975). The impact of staff suicide on a psychiatric inpatient unit. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 161(2), 130-133.
- Spiegelman, J. S. (2001). Losing a client to suicide : The experience of a new clinician. *The Los Angeles Psychologist*, 15, 12-13.
- Statistique Canada. (2002a). *Certaines causes de décès, selon le sexe, Canada, provinces, territoires et régions socio-sanitaires, données annuelles*. Statistique de l'état civil, base de données sur les décès et Division de la démographie, Section des estimations démographiques, <http://www.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>.
- _____. (2002b). *Le Canada en statistiques - Principales causes de décès sélectionnées selon le sexe*. Division des statistiques sur la santé, Catalogue StatsCan, http://www.statcan.ca/français/Pgdb/People/Health/health36_f.htm.
- Stroebe, M., Gergen, M. M., Gergen, K. J. et Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds. *American Psychologist*, 47, 1205-1212.
- Tanney, B. (1995). After a suicide : A helper's handbook. In B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (p. 100-120). New York : Springer Publishing Company.
- Tanney, B. L. (2000). Psychiatric diagnosis and suicidal acts. In R. W. Maris, A. L. Berman et M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (p. 311-341). New York : Guilford Press.
- Trimble, L., Jackson, K. et Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour : Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Valente, S. M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-680.
- Vedrinne, J., Sorel, P. et Weber, D. (2000). Impact du suicide sur l'entourage et les soignants. In T. Lemperière (Ed.), *Dépression et suicide* (p. 191-206). Paris : Acanthe, Masson, SmithKline Beecham.
- Vogel, R. et Wolfersdorf, M. (1987). Staff response to the suicide of psychiatric inpatients. *Crisis*, 8(2), 178-184.
- Wilbert, J. R. et Fulero, S. M. (1988). Impact of malpractice litigation on professional psychology : Survey of practitioners. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19(4), 379-382.

- Weiner, K. M. (2005). *Therapeutic and Legal Issues for Therapists Who Have Survived a Client Suicide (Breaking the Silence)*. New York : The Haworth Press, Inc.
- Winnicott, D. W. (1975). L'utilisation de l'objet et le mode de relation à l'objet au travers des identifications. In D. W. Winnicott (Ed.), *Jeu et réalité (L'espace potentiel)* (p. 120-131). Paris : Éditions Gallimard.
- Worden, W. (1982). *Grief Counseling and Grief Therapy*. New York : Springer Editions.
- Wu, A. W. (2000). Medical error : the second victim. *British Medical Journal*, 320, 726-727.
- Yousaf, F., Hawthorne, M. et Sedgwick, P. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26, 53-55.